15 June 1878
W.D.

P. 117

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

1839.—TOME III.

COLLABORATEURS.

MM.

Bayle, Docteur et Agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

Bell, D. M. P., ancien Interne des hôpitaux et vice-président de la Société anatomique de Paris.

Belmas, D. M. P., ancien chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Blaud, D. M. P., Médecin en chef de l'hôpital de Beaucaire (Gard).

Bouchacourt, D. M. P., ancien interne des hôpitaux de Lyon.

Chauvin, D. M. P. à Sion (Loire-Inférieure).

Corby, D. M. P., ancien Chef de Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Cruveilhier, Professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris.

Delens, D. M. P., ancien Inspecteur général des études, membre de l'Académie royale de médec.

Esquirol, Médecin en chef de Charenton, membre de l'Académ. royale de médecine.

Ferrand de Missol, D. M. P.

Gibert, Docteur et Agrégé de la Faculté de médecine, et Médecin des hôpitaux de Paris.

Lagasquie, D. M. P., membre de la commission médicale d'Égypte en 1828, 29 et 30.

Martinet, D. M. P., Agrégé libre de la Faculté de médec. de Strasbourg.

MM.

Martins, D. M. P., ancien Aide-naturaliste de la Faculté de médecine de Paris.

Nonat (Auguste), Médecin du bureau central des hôpitaux, membre de la Société de médecine de Paris.

Prus, Médecin de l'hospice de Bicêtre, secrétaire-général de la Société de médecine de Paris.

Raynaud, D. M. P.

Récamier, ancien Professeur de Clinique médicale de la Faculté, Médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Reveillé-Parise, D. M. P., membre de l'Académie royale de médecine.

Ribes père, D. M. P., membre de l'Académie royale de médecine, Médecin de l'hôtel des Invalides.

Risueno d'Amador, Professeur à la Fac. de médec. de Montpellier.

Rozier, D. M. P., membre du Jury médical et Médecin en chef de l'Hôpital-Gén. de Rhodez (Aveyron).

Séguin, D. M. P.

Vergez, D. M. P. à Châteaubriant (Loire-Inférieure).

Vignolo, ancien interne de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Virey, membre de l'Acad. royale de médecine.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE,

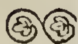
JOURNAL DES PROGRÈS

DE LA

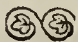
MÉDECINE HIPPOCRATIQUE,

PAR J. B. CAYOL,

Chevalier de la Légion-d'Honneur, ancien Professeur de Clinique médicale
de la Faculté à l'hôpital de la Charité de Paris,
Médecin consultant de l'Institution royale des Jeunes-Aveugles
et de l'Infirmerie Marie-Thérèse, Membre de la Société de médecine pratique
de Montpellier, de la Société royale et de la Société académique de médecine
de Marseille, de l'Académie des sciences médicales de Palerme, etc.



1839.—Tome Troisième.





PARIS,

AU BUREAU DE LA REVUE MÉDICALE,
RUE SERVANDONI, 17, HOTEL DE LA MAIRIE.

—

1839.

L'histoire de la médecine au dix-neuvième siècle dira le bien qu'a fait ce journal (la *Revue médicale*), par la force de son opposition aussi généreuse que décente.

BÉRARD, *Esprit des doctrines médic.*, p. 144.

PARIS, IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON,
36, Rue de Vaugirard.

REVUE MÉDICALE.

(*Juillet 1839.*)

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

DE

LA PUISSANCE VITALE

CONSIDÉRÉE DANS SES LOIS PATHOLOGIQUES;

PAR LE D[r] BLAUD,

Médecin en chef de l'hôpital de Beaucaire, membre correspondant de l'Académie de médecine.

(Suite) (1).

§ III. — *Nature de la puissance vitale.*

La physiologie est, dit-on, le roman de la médecine. Nous allons donc ajouter un nouveau chapitre à ce roman? Car s'occuper de la *nature* du principe de la vie, n'est-ce pas entrer à pleines voiles dans l'océan de l'imagination? Océan sans limites, où les illusions abondent, où les prestiges éblouissent, où les idées les plus mensongères, les plus fantastiques, disons le mot, les plus folles, savent revêtir, dans l'esprit de celui qui les conçoit, toutes les apparences de la raison.

(1) *Voir* les deux premiers articles dans deux précédents cahiers de la *Revue médicale* (octobre 1837 et août 1838.)

Toutefois, nous ne nous engagerons pas trop avant dans cette immense région des chimères; et, retenus par les liens de la logique, nous nous efforcerons de côtoyer toujours le rivage, pour ne point perdre de vue les réalités.

Nous avons démontré, dans nos deux précédents mémoires (*Revue médicale*, cahiers d'octobre 1837 et août 1838), que la puissance vitale, ou le principe qui anime nos organes et détermine leurs fonctions, a son siége dans l'appareil encéphalique, d'où il se répand, par les divisions nerveuses, dans toute l'organisation, et que cette puissance a pour caractère l'*unité*. Nous allons aujourd'hui chercher à prouver qu'elle est essentiellement matérielle.

Mais avant d'aborder cette question, nous croyons devoir répéter ce que nous avons déjà dit, que nous appartenons à l'école spiritualiste; que nous croyons, que nous sommes profondément convaincu que l'homme est un être essentiellement immatériel, simple, indivisible, et par conséquent immortel, uni, par des rapports mystérieux, à un assemblage d'organes qui transmettent au-dedans de lui le monde extérieur, et au-dehors les actes de son intelligence et de toutes ses facultés (1).

Ces organes matériels ont, sous le double rapport de leur destination et de leur nature intime, deux ordres de fonctions à remplir. Comme instruments de l'être intellectuel, ils ont les fonctions de transmission intérieure, et d'expression extérieure ou de manifestation. Il faut donc qu'ils soient impressionnables de dehors au-dedans, et qu'ils soient

(1) Nous avons démontré l'existence de cet être dans notre *Physiologie philosophique*, t. 1, p. 115 et suivantes. — Paris, chez Baillière.

mobiles du dedans au-dehors. L'impressionnabilité et la mobilité sont donc leurs attributs intimes. C'est ce que l'on remarque dans le système nerveux sensitif, et dans le système expressif et locomoteur, chargés, l'un, de la transmission au-dedans de nous des impressions perceptibles, et l'autre, des mouvements d'expression et de locomotion.

Considérés selon leur nature matérielle, ces mêmes instruments offrent à l'observation, d'une part, une réaction constante contre les agents qui les entourent et qui tendent sans cesse à les détruire ou à les modifier; réaction sans laquelle ils perdraient bientôt les conditions organiques nécessaires à leurs fonctions; et, d'une autre part, l'assimilation, dans l'intérieur de leurs tissus, des substances en rapports de nature avec leurs propres éléments. Ils jouissent donc d'une force propre qui les rend capables de résister efficacement aux influences destructives ou modificatrices de leur nature intime, en même temps qu'elle leur fait puiser, dans les éléments extérieurs qui les entourent, de quoi réparer leurs pertes, et les maintient ainsi dans leurs conditions de vitalité.

Ainsi donc, l'impressionnabilité, la mobilité, la réactivité et la nutritivité, voilà les quatre propriétés principales de la matière organisée à laquelle l'homme se trouve uni. Les deux premières sont intimement liées à cet être spirituel, dont elles manifestent l'existence sur cette terre. Les deux autres n'ont des rapports directs qu'avec ses instruments matériels, dont elles maintiennent les fonctions vitales (1).

(1) Nous omettons à dessein de parler des autres fonctions organiques accessoires que nécessite la fonction nutritive, telles que la digestion, l'absorption, la circulation veineuse, la respiration, la cir-

Mais ces quatre facultés sont sous la dépendance immédiate du principe de la vie ; elles se manifestent tant que ce principe existe; elles disparaissent dès qu'il s'évanouit. Elles lui sont unies comme un effet l'est à sa cause; la vie et la mort sont là pour l'attester.

Or, c'est ce principe, qui agit sans cesse sur l'organisation matérielle, qui en détermine et règle toutes les fonctions, qui la constitue ce qu'elle est, qui n'est pas l'homme lui-même, mais qui en anime les instruments, c'est ce principe, disons-nous, dont la nature intime nous est inconnue, que nous croyons être un agent matériel.

Remarquons d'abord que l'activité vitale d'un organe est en raison directe du volume et du nombre des nerfs qui s'y distribuent, et par conséquent de la quantité du principe de mouvement que ces nerfs lui fournissent ; ce qui prouve que ce principe, quel qu'il soit, est une substance matérielle.

Remarquons aussi l'harmonie qui règne entre les vaisseaux et les nerfs qui se rendent aux organes, sous le rapport de leur nombre respectif. Or, si les premiers sont évidemment destinés à une transmission, n'est-il pas plus que probable que les seconds doivent avoir le même usage? et un objet transmis peut-il être autre chose qu'une substance matérielle? Mais quand même cet objet ne serait qu'un simple mouvement, n'est-il pas évident que les nerfs seraient alors le principe de la vie, et que par conséquent ce principe serait un objet matériel?

Considérez ensuite ce qui se passe dans l'organisation re-

---

culation artérielle, qui toutes, en effet, ont pour but définitif la nutrition, parce que nous ne nous occupons ici que des facultés générales de la matière organisée ; facultés qui se réduisent à celles que nous venons d'exposer.

lativement aux conduits non revêtus à l'intérieur d'une membrane muqueuse ou séreuse lorsqu'ils deviennent vides; voyez ce qui arrive aux artères dans lesquelles le sang cesse de circuler; leurs parois, n'étant plus maintenues par le liquide qu'elles renfermaient, obéissent à leur rétractilité physique ou à leur contractilité de tissu, et finissent par s'oblitérer. Or, si celles des canaux nerveux ne s'oblitèrent point, n'est-il pas probable qu'une substance matérielle les soutient et les empêche de se rapprocher.

Mais, quand bien même les nerfs seraient pleins, qu'ils ne renfermeraient point de canal dans leur intérieur, et que les expériences de M. Bogros (1) ne seraient rien moins que concluantes, une foule d'autres phénomènes attestent la matérialité du principe de la vie. Une compression exercée sur un nerf s'oppose plus ou moins, selon qu'elle est plus ou moins forte, à la marche du principe qu'il renferme, et qui va animer les organes où ce nerf se distribue; une ligature en suspend le cours, qui se rétablit dès qu'elle est enlevée; la destruction ou seulement la section complète d'un nerf empêche la communication de ce même principe avec les parties situées au-dessous de la section, lesquelles, si elles n'en reçoivent une quantité suffisante par d'autres branches nerveuses, perdent complètement la faculté d'exercer leurs fonctions. Or, tous ces phénomènes, que les nerfs soient pleins ou creusés en canaux dans leur intérieur, ne démontrent-ils pas évidemment une transmission matérielle?

Ajoutons à ces preuves, qui nous semblent incontestables, que la faiblesse musculaire et l'affaiblissement des désirs vénériens pendant la digestion, le trouble de cette dernière par le coït, ne peuvent dépendre que de la concentration du

(1) Voir *Revue médicale*, mai 1825, p. 237.

principe de la vie sur les organes qui exercent ces fonctions, et concourent par conséquent à démontrer que ce principe, quoi qu'il soit, est une substance matérielle.

La pathologie vient encore fortifier ces preuves par de nouveaux faits démonstratifs. Lorsque, dans la cicatrisation de la pulpe nerveuse, la continuité des canaux médullaires ne se rétablit point, ou, si l'on nie l'existence de ces canaux, lorsque cette pulpe éprouve, en se cicatrisant, une modification matérielle qui la rend impropre à transmettre le principe, quel qu'il soit, qu'elle renferme, les fonctions de la branche nerveuse située au-dessous de la cicatrice demeurent abolies (1).

D'où viennent la cécité produite par l'influence d'une trop vive lumière, l'affaiblissement ou la perte de l'odorat ou du goût par l'impression trop long-temps prolongée ou trop souvent répétée d'odeurs trop pénétrantes ou de saveurs trop fortes, si ce n'est de la suspension du mouvement de transmission intérieure, déterminée ou par l'obstruction des canaux médullaires, ou par l'engorgement de la pulpe nerveuse, modification de tissu qui l'a privée de ses facultés?

Les plaies, les inflammations des nerfs, leur compression par des tumeurs situées dans leur voisinage, etc., empêchent ou gênent toujours plus ou moins la transmission du principe de la vie; et si l'on a vu des centres nerveux, comme la moelle épinière, par exemple, offrir, dans une certaine étendue, une désorganisation complète, sans que les fonctions des organes placés au-dessous de la région désorganisée fussent notablement altérées, c'est sans doute que dans ce cas, très-rare puisqu'on n'en trouve qu'un ou deux

(1) *Nouv. Bibl. méd.*, avril 1826, p. 144.

exemples dans les fastes de l'art, le principe nerveux se transmettait des parties de la moelle situées au-dessus de la désorganisation, aux organes situés au-dessous, par les anastomoses nerveuses ; comme la circulation sanguine continue dans un membre, au moyen des artères collatérales, lorsque le principal tronc artériel, frappé d'anévrisme, ne donne plus au sang qu'un passage difficile; ou bien la nature avait des moyens de transmission vitale qui nous sont inconnus. Quoi qu'il en soit, ces faits, bien qu'en opposition avec les faits connus et ordinaires, ne sauraient les détruire, et il sera toujours vrai de dire qu'en général toute lésion nerveuse grave, dans laquelle la pulpe se trouve profondément intéressée, s'oppose à la transmission du principe que renferme cette pulpe, aux parties situées au-dessous de la lésion, c'est-à-dire, à la transmission de quelque chose de mobile, et par conséquent d'un principe matériel.

Il est d'autres phénomènes pathologiques qui concourent avec les précédents à démontrer la nature matérielle du principe de la vie. Dans certaines maladies nerveuses, un bruit un peu intense, une lumière un peu vive, la vue d'un liquide, le contact d'un léger courant d'air, déterminent des convulsions. Or, dans ces cas ne faut-il pas nécessairement admettre la transmission d'un principe matériel des nerfs auditifs, optiques ou cutanés, à ceux qui se distribuent au système musculaire? La syncope produite par la douleur, par une affection morale qui a réagi fortement sur les viscères épigastriques, ne peut s'expliquer sans admettre la concentration de ce principe sur ces viscères ou sur l'organe qui est le siége de la lésion douloureuse, et la perte qu'en a faite l'organe central de la circulation. Or, cette accumulation, cette perte, n'indiquent-elles pas une substance maté-

rielle? Une jeune femme, à qui nous avons donné des soins, éprouvait, dans des accès hystériques dont elle était fréquemment atteinte, des mouvements convulsifs des muscles du côté gauche de la face, à la suite desquels toute la peau de cette région restait infiltrée de sang pendant plusieurs jours, et offrait une couleur d'un rouge foncé, tandis que la peau du côté droit avait conservé sa couleur naturelle. Or, dans cette circonstance, les capillaires sanguins n'avaient-ils pas éprouvé l'influence d'un agent, quel qu'il fût? Et cet agent, transmis sans doute par le nerf de la septième paire, cet agent qui précipitait le cours du sang dans le tissu cutané, dont il déterminait l'engorgement, qui, en un mot, produisait dans ce tissu un mouvement quelconque, pouvait-il ne pas être un agent matériel? L'affaiblissement général qui accompagne les douleurs abdominales, la dysenterie et beaucoup d'autres maladies qui n'entraînent aucune déperdition, du moins proportionnelle, d'éléments organiques, ne proviennent-ils pas d'une sorte de *soutirement* du principe vital? Et un soutirement peut-il s'exercer sur autre chose que sur de la matière? Comment concevoir le développement rapide et l'intensité de l'inflammation dans les organes où les nerfs abondent, et les phénomènes contraires dans ceux qui en sont peu pourvus, sans admettre que les premiers reçoivent une plus grande quantité que les seconds, du principe que les nerfs renferment, et par conséquent sans reconnaître que ce principe est matériel? Enfin, les mouvements critiques et métastatiques qui surviennent dans les maladies, et où il y a réellement déplacement de l'agent excitateur de l'organisme, et les actions révulsives qu'emploie la thérapeutique, et par lesquelles elle l'attire sur certains organes déterminés, ne viennent-ils pas concou-

rir, avec tous ces faits, à démontrer sa nature matérielle?

Si l'on s'en rapportait aux résultats de certaines expériences, et si l'on ne craignait point de se laisser égarer par une trompeuse analogie, on serait tenté de considérer le principe qui anime notre organisation comme étant de la même nature que le fluide électrique, ou du moins comme ayant avec lui des rapports très-marqués.

On connaît l'influence du galvanisme sur la fibre musculaire des animaux à sang froid; on sait aussi que cette influence est la même sur les animaux à sang chaud dont la vie n'est pas depuis trop long-temps éteinte; qu'elle est même plus remarquable encore sur les muscles des animaux vivants; qu'elle ne l'est pas moins dans l'homme; que l'intensité de son action sur le système musculaire, dont il est l'excitant direct et spécifique, est en raison de la concentration de ses courants, c'est-à-dire, proportionnée à sa masse; enfin, que ses effets sont semblables à ces soubresauts ou contractions musculaires subites et involontaires dont le système locomoteur est quelquefois agité. Il y a donc ici une analogie frappante entre les résultats de l'action du fluide électrique, et ceux de l'influence du principe qui émane du système nerveux.

Cette analogie est encore très-évidente dans les effets que produit l'électricité sur l'appareil respiratoire dans l'asphyxie par submersion, lorsque la vie n'est pas complètement éteinte (1). Ce fluide ranime réellement l'action des muscles inspirateurs et celle du poumon lui-même, comme le principe nerveux les détermine.

Enfin, une ressemblance non moins parfaite entre les ef-

---

(1) *Nouv. Bibl. méd.*, novembre et décembre 1806.

fets de ces deux agents, c'est celle que l'on observe dans leur action sur la fonction digestive. Cette fonction est évidemment déterminée par les pneumo-gastriques, puisque la section de ces nerfs l'abolit complètement. Or, si, après cette section, on dirige un courant galvanique par la partie inférieure du nerf divisé, sur les parois gastriques, les mouvements digestifs se rétablissent, comme l'a démontré par ses expériences le docteur Wilson Philip (1), et la digestion semble même s'achever complètement, puisque le résultat de ces mouvements est une altération des matières contenues dans l'estomac, parfaitement semblable à celle qui serait résultée d'une digestion naturelle.

Ajoutons à ces étonnants phénomènes les bons effets du galvanisme dans les affections asthmatiques et dans la dyspepsie (2), dans divers cas de paralysie, etc..., où il semble suppléer au défaut du principe nerveux, et l'on ne pourra se refuser, sinon à regarder ces deux agents comme identiques, du moins à admettre entre eux une grande analogie (3), et à inférer, par conséquent, de la matérialité de l'un, la nature matérielle de l'autre (4).

---

(1) *Rev. méd.*, mai 1823, p. 20-21.

(2) *Rev. méd.*, ibid., p. 13 et suiv.

(3) Il semble résulter, des expériences faites il y a plusieurs années par M. Dutrochet, qu'il existe dans les tissus organiques une électricité intra-capillaire à laquelle on doit attribuer, du moins en grande partie, le mouvement des fluides qui y sont renfermés.

(4) Quoique le fluide électrique soit impondérable, tous les phénomènes qu'il produit, ses attractions, ses répulsions, ses concentrations diverses, ses divers degrés d'intensité, ses affinités variées pour les différents corps, les mouvements qu'il leur imprime, toutes les actions qu'il exerce sur eux, etc., tout annonce qu'il est lui-même une substance matérielle.

Enfin, pour terminer cette discussion, citons comme une dernière preuve de la matérialité du principe de la vie sa transmissibilité.

Les phénomènes du magnétisme animal sont connus de tout le monde. Tous ceux qui ont suivi avec un esprit non prévenu les expériences magnétiques appliquées à la thérapeutique, ont vu le magnétisme déterminer des contractions musculaires convulsives dans les paralysies, une sueur abondante ou un flux d'urine critiques chez les hydropiques, des douleurs hypogastriques et le rétablissement des règles dans l'aménorrhée, la cessation prompte de la douleur et du gonflement articulaire dans l'entorse, la goutte, le rhumatisme, etc. (1). Or, pour l'explication de ces phénomènes, il faut nécessairement admettre un intermédiaire entre le magnétiseur et le magnétisé, un agent qui irradie de l'un à l'autre; et, comme cet intermédiaire, cet agent, agit à la manière du principe de la vie sur les fonctions organiques, il est raisonnable de penser que c'est lui dont la transmission s'opère, et que par conséquent il est matériel.

Ici se terminent les prolégomènes du travail que nous avons entrepris sur la *puissance vitale considérée dans ses lois pathologiques*, prolégomènes qui nous ont paru indispensables; car, avant d'étudier ces lois, il fallait bien se former

---

(1) Nous omettons à dessein de parler des phénomènes physiologiques et psychologiques qui se manifestent chez les magnétisés : tous ces merveilleux résultats, que nous avons vus et provoqués nous-mêmes, feront, par la suite, l'objet d'un mémoire particulier sur le magnétisme animal, qui n'est pour nous qu'une *transmission vitale*, et qui rentre ainsi dans le domaine de la physiologie, dont il n'est qu'une division.

une idée du siége et de la nature du principe qu'elles régissent. Pourrait-on exposer les lois du mouvement sans faire connaître le mobile sur lequel elles s'exercent?...

Dans notre prochain mémoire, nous nous occuperons de la *maladie* considérée d'une manière générale; après quoi, nous nous hasarderons à entrer dans l'effrayant labyrinthe des lois vitales... Puissions-nous ne pas nous y égarer !

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

ESSAI

SUR

L'ACTION THÉRAPEUTIQUE DE LA MÉDICATION VOMITIVE,

OU

DES EFFETS QUE CETTE MÉDICATION PEUT EXERCER SUR LA MARCHE DES MALADIES;

PAR FÉLIX ANDRY,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris.

(Suite (1).)

Embarras gastrique. — Obs. 1. — Le 17 décembre 1837, un fondeur en cuivre âgé de trente-sept ans, s'offre à nous avec les symptômes suivants : visage légèrement jaunâtre dans son ovale inférieur, langue sèche, enduite d'un liquide

(1) Voir les deux premiers articles dans la *Revue médicale* des mois d'avril et juin derniers.

visqueux et collant, bouche pâteuse, inappétence, quelques nausées, pouls 56-60, faiblesse dans tous les membres. La limonade, le sirop de groseilles, l'eau de Seltz, un lavement huileux, la diète et le repos, suffisent à dissiper tous ces symptômes, et, six jours après, le malade est tout-à-fait bien. Il quitte l'hôpital le 27, parfaitement guéri. Qu'aurait fait de mieux un vomitif?

Je me contenterai de ce fait en faveur de la médecine émolliente ou expectante. On sait combien ses analogues sont fréquents dans la pratique.

Obs. II.— Une domestique de trente-quatre ans entre le 13 mars 1838. Visage un peu abattu, jaune inférieurement, coloré aux pommettes; lèvres sèches, langue un peu rouge à sa circonférence et blanchâtre à sa face supérieure, bouche mauvaise, soif, inappétence, douleur à l'hypochondre droit, quelques nausées, constipation, un peu de céphalalgie; étourdissements quand il se lève, lassitude et faiblesse générale, pouls 60-64. M. Bouillaud prescrit trois paquets d'ipécacuanha de 8 grains chaque, limonade, solution de sirop de groseilles, lavement émollient et diète.—Le 14 il a vomi, en dix fois environ, une matière aqueuse où flottent des grumeaux blanchâtres et des flocons muqueux. Mieux général, chaleur douce et légère, moiteur, pouls 64. Retour de l'appétit. (Limonade, lavement, 2 bouillons et une soupe aux herbes). Le 16 il sort très-bien guéri.

Obs. III. — Une blanchisseuse de dix-neuf ans, entrée le 25 novembre 1837. Pourtour de la bouche un peu jaune, langue humide et rosée; inappétence, constipation depuis six jours, pouls 80-84. (Limonade, lavement avec deux onces d'huile de ricin.) Le 26 la constipation a persisté, céphalalgie plus forte, bouche pâteuse, épigastre douloureux

à la pression, coliques par intervalles, inappétence. (18 grains d'ipécacuanha en trois doses, tisanes émollientes, lavement simple et diète). Le 27, le vomitif a produit sept ou huit vomissements et quatre selles. Mieux général, l'épigastre et le ventre moins douloureux. Cette amélioration se soutient les jours suivants, et le 2 décembre la malade est très-bien et mange la demi.

Obs. IV.— Cuisinière de vingt-quatre ans. Entrée le 26 janvier 1838. Visage animé, yeux brillants, langue humide, rosée, mais un peu saburrale. Inappétence, ventre douloureux à la pression vers la région ombilicale, pouls à 92, céphalalgie.

24 grains d'ipécacuanha.

Même état les jours suivants.

Le 31, 2 grains d'émétique. — Ce vomitif détermine, ainsi que le précédent, trois ou quatre vomissements aqueux chargés de quelques flocons glaireux, d'odeur fade et nauséeuse, sans action sur le papier de tournesol soit bleu, soit rougi par un acide, et quatre selles. Le mieux se déclare le lendemain, et le 8 février elle sort bien guérie.

Obs. V.— Une femme de vingt-six ans entra, le 2 août 1836, avec céphalalgie frontale, pourtour de la bouche jaune, langue large, assez humide, inappétence, bouche mauvaise, ventre généralement douloureux à la pression, surtout dans le flanc droit et la région sous-ombilicale; pouls à 72, peau chaude.

24 grains d'ipécacuanha.

Le lendemain, pas de mieux, et même la douleur de ventre est plus forte; les lèvres et les dents sont sèches, la bouche pâteuse, la langue sèche et saburrale; pouls, 84-88. L'ipécacuanha a provoqué, en trois reprises, le vomisse-

ment d'un liquide spumeux et muqueux. (Limonade et diète.) Cette médication et un bain achèvent la cure, et la malade sort guérie treize jours après l'entrée.

Obs. VI. — Un homme de trente-trois ans, sanguin et bien constitué, se présente avec tous les symptômes ci-dessus, plus des vomissements qui reviennent presque tous les jours. La peau est sèche et modérément chaude, et le pouls à 60. — 24 grains d'ipécacuanha sont prescrits, et six jours après il sort très-bien guéri.

Obs. VII. — Un cordonnier de trente-cinq ans entre le 18 mai 1836 avec tous les symptômes de l'embarras gastrique et entre autres de la fièvre, une céphalalgie sus-orbitaire, des étourdissements, une épistaxis, la langue d'un jaune pointillé de rouge, une soif intense, douleur à l'épigastre et dans le flanc droit ; gémissements plaintifs, pouls à 88. — M. Bouillaud prescrit une saignée de trois palettes. Le lendemain la sérosité du sang est jaune-verdâtre, et le caillot sans couenne, le pouls à 72 seulement. On insiste sur les émollients et la diète. Le 20 il est assez bien pour prendre quelques aliments légers, et le 23 il sort guéri.

Obs. VIII. — Un étudiant en médecine de vingt ans entre à l'hôpital le 11 avril 1836. Depuis quinze jours il éprouve aussi tous les signes de l'embarras gastrique, et rapporte qu'un praticien l'a saigné deux fois sans aucun succès. Quelques jours de repos et d'une médication émolliente améliorent son état, mais il sort le 18 incomplètement rétabli.

Pourquoi la saignée générale, si utile dans le cas précédent, est-elle restée infructueuse dans celui-ci ? C'est qu'une saignée générale est bonne quand il y a réaction générale. Quand la maladie est purement locale, je la crois en effet

complètement inutile, sinon même nuisible, et je pense qu'elle est loin de valoir ou une émission sanguine locale, s'il y a des signes d'irritation un peu vive, ou un vomitif, ou même seulement la diète et les délayants, comme cette série d'observations nous en fournit la preuve. Remarquons, en effet, que dans l'embarras gastrique les vomitifs peuvent être d'une incontestable utilité. Remarquons que la douleur, soit épigastrique, soit abdominale, n'est pas toujours une contre-indication à leur emploi (obs. II, IV, V); que quelquefois le premier vomitif reste sans effet, et que ce n'est qu'après le second que le mieux se déclare (obs. IV); mais que parfois un premier vomitif est suivi d'une exaspération devant laquelle on ne doit pas insister (obs. V); que la constipation, ainsi que nous avons vu plus haut la diarrhée, et que le vomissement lui-même, peuvent céder merveilleusement à la médication vomitive (obs. II, III et VI). Au reste, je n'insisterai pas plus long-temps sur toutes ces inductions généralement admises aujourd'hui.

Fièvre bilieuse des auteurs. — Sous ce titre je vais comprendre ici principalement deux ordres de maladies qui, pour se trouver ainsi dénommées du même nom, ne me semblent pas moins éminemment dissemblables et par leur siége et par leur gravité. L'une est ce que nous pouvons appeler encore du nom de fièvre bilieuse proprement dite, ou pour mieux préciser, gastro-duodénite; l'autre est la fièvre typhoïde, entéro-mésentérite typhoïde de M. Bouillaud. Je les rapproche donc, non pour les identifier ou les confondre, mais parce qu'elles ont bien souvent une physionomie commune; parce que très-souvent la seconde revêt la forme de la première, et parce qu'il il y a toujours entre elles cette insigne différence, que, susceptibles toutes deux de céder

merveilleusement, bien qu'en aient dit les auteurs, à la médication anti-phlogistique, la première seule peut aussi quelquefois être traitée avec succès par la médication vomitive, médication toujours dangereuse contre la seconde.

Je commencerai par des cas de fièvre bilieuse, ou plutôt peut-être d'état bilieux, dans lesquels les délayants tout seuls ont suffi.

Obs. I. — Un cordonnier âgé de vingt-un ans nous arrive, le 19 avril 1838, malade depuis sept jours. Il a d'abord eu des frissons, de la céphalalgie frontale, de l'inappétence, puis de la soif, des vomissements, le quatrième jour, remplacés depuis par des nausées, et enfin une épistaxis peu abondante.

Son visage est rouge, animé; ses yeux et le pourtour des lèvres sont colorés d'une légère teinte jaune; la langue est humide et rosée; la bouche sans goût notable mais sèche; l'épigastre et la région iléo-cœcale sont un peu douloureux au toucher; il y a, dans le flanc droit, un léger gargouillement. Céphalalgie, chaleur modérée, pouls à 88. L'urine rendue, depuis une heure, est claire et offre une teinte rousse avec reflet jaune bilieux; elle colore en rose le papier de tournesol et ne subit aucun changement par l'acide nitrique.

La limonade, le sirop de groseilles, un cataplasme épigastrique, quelques lavements et la diète dissipent tous ces symptômes. Le visage et l'urine perdent leur couleur jaune, l'appétit revient et, le 27 avril, il sort parfaitement guéri.

Obs. II. — Un tailleur de vingt-deux ans est reçu le 24 mai 1837, malade depuis neuf jours. Il a eu céphalalgie, courbature, fièvre, inappétence et des vomissements bilieux,

symptômes qui ont persisté malgré le repos.— Quinze sangsues à l'anus, l'eau de Seltz et un cataplasme. — Visage jaune inférieurement, langue blanchâtre, caséiforme, bouche mauvaise, anorexie, ventre indolent, constipation, pouls 80-84. — Même traitement, sur lequel on insiste malgré le retour des vomissements à deux reprises différentes, et huit jours après il est guéri.

Ces exemples, que je pourrais multiplier, nous montrent qu'il ne faut pas toujours se hâter d'agir d'une manière énergique quand on peut supposer que la médecine expectante suffira. Ne pourraient-ils pas aussi nous expliquer certains cas de prétendue fièvre typhoïde dans lesquels on a fait honneur de la guérison à cette méthode? Passons maintenant aux vomitifs.

Obs. III.— Un serrurier de vingt ans entra le 5 novembre 1837. Il y a cinq jours, il éprouva céphalalgie, lassitude, anorexie, diarrhée pendant deux jours, puis constipation. Voici l'état qu'il nous présenta : visage un peu abattu, jaunâtre dans son ovale inférieur, lèvres et narines sèches, langue jaunâtre au milieu, rougeur au pourtour; bouche pâteuse, inappétence, haleine un peu fétide, ventre indolent avec un peu de gargouillement dans la région iléo-cœcale, douleur dans la région de la rate, pouls à 68. M. Bouillaud prescrit 24 grains d'ipécacuanha, limonade, groseilles, lavement huileux, cataplasme et diète.

Un mieux général a succédé à cette médication, qui a été suivie de trois vomissements floconneux et un peu verdâtres; et sous l'influence des émollients qui achèvent la cure, le malade sort bien rétabli, six jours après son entrée.

Obs. IV.— Un serrurier âgé de vingt-trois ans entre le 13 juillet 1838. Il est malade depuis treize jours. Céphalalgie,

brisement dans tous les membres et douleurs lombaires; vomissements d'abord de ce qu'il mangeait, puis de bile verte, lesquels se sont prolongés jusqu'à la veille de l'entrée; constipation; quelques étourdissements.

L'ovale inférieur du visage est très-jaune, la langue rosée sur ses bords, d'un blanc jaunâtre au milieu; la bouche amère, soif, anorexie, douleur à l'épigastre, un peu de constipation, pouls 52-56, céphalalgie sus-orbitaire. (24 grains d'ipécacuanha, limonade, bouillon de veau aux herbes, lavement, diète.) Le lendemain, mieux général. Il a vomi, à la suite de la dernière prise d'ipécacuanha, environ une pinte d'un liquide aqueux sans trace de bile, et il a eu neuf selles. Le pouls reste à 52-56. Le malade accuse de l'appétit. Les jours suivants le pouls tombe à 48. Le mieux se soutient, et il sort quelques jours après fort bien guéri.

Ces cas nous prouvent aussi que dans cette forme d'irritation gastro-intestinale, les vomitifs peuvent réussir; mais faut-il dire pour cela que ce moyen est le seul convenable? Faut-il s'écrier, avec M. le professeur Andral : « Les émissions sanguines ne produisent pas souvent pareil effet. » (*Clinique*, t. I, p. 354.) Les observations suivantes vont répondre à cette question.

Obs. V. — Un cordonnier de vingt-trois ans, entré le 24 janvier 1838, se plaint d'avoir éprouvé depuis huit jours : courbature, inappétence, coliques, constipation, quelques épistaxis dans les trois premiers jours, et quelques étourdissements.

État actuel : lèvres et dents un peu sèches, langue rouge et un peu sèche, bouche pâteuse, soif, un peu de douleur à l'épigastre, et surtout dans le flanc droit par la pression, un peu de gargouillement dans la région iléo-cœcale. Faiblesse

générale, tête un peu lourde et quelques étourdissements quand il se lève, pouls 76-80.

M. Bouillaud ordonne une saignée de deux palettes et demie, une application de ventouses sur l'abdomen, deux à trois palettes; boissons émollientes, cataplasme, lavement huileux et diète.

Le lendemain le pouls n'est qu'à 56-60. Il n'y a plus de céphalalgie, la langue est nette, etc. Le pouls tombe à 52 les jours suivants, et l'amélioration continue. Le 29, le malade mange les trois quarts, et il sort très-bien guéri dans les premiers jours de février.

Voilà de ces cas que j'ai vus et revus dans le service de M. Bouillaud. Je voudrais pouvoir les reproduire tous ici. Mais au reste on trouvera les analogues dans la Clinique de ce professeur. Cependant, pour qu'on ne m'objecte pas que le fait que je viens de citer n'était qu'un fait de moyenne gravité, je vais continuer en en citant quelques autres encore, et choisissant de préférence parmi les plus graves de ceux à forme bilieuse que j'ai recueillis dans ce service.

Obs. VI. — Le 11 mars 1837, un couvreur, de dix-huit ans, entre à la clinique, malade depuis dix jours; il n'habite Paris que depuis trois semaines. Voici les principaux traits de sa maladie :

Frisson, céphalalgie, inappétence, diarrhée considérable et qui a persisté depuis le début, vomissement le second jour et épistaxis, tournoiements de tête et éblouissements.— État actuel : abattement, intelligence obtuse, visage jaunâtre dans son ovale inférieur, lèvres sèches, dents croûteuses, langue d'un rouge vif aux bords et à la pointe, d'un blanc jaunâtre au centre; bouche très-mauvaise, soif vive, anorexie; haleine fétide, ventre un peu développé, douloureux

à la pression dans la région iléo-cœcale ; pouls à 100-104, un peu redoublé ; prostration et faiblesse générale.

Saignée de trois palettes ce matin ; ventouses sur la région iléo-cœcale, trois palettes ; saignée ce soir de deux palettes ; gomme, groseilles, cataplasme chloruré, aspersions chlorurées, deux demi-lavements avec guimauve et amidon, diète.

Le 12, il se sent beaucoup mieux. Pas de céphalalgie ; tous les symptômes bilieux sont amendés ; il a eu seulement encore quelques nausées, mais sans vomissement ; la peau est moins sèche ; le pouls n'est qu'à 88 et n'est plus redoublé.

Même prescription, sauf les émissions sanguines.

Le 13, il est guéri. Son visage est épanoui, ses yeux stupides le premier jour sont animés et presque spirituels ; il a dormi sept heures cette nuit. L'appétit est revenu ; le pouls est à 68-72.

On lui donne un bouillon, une crème de riz, une pomme cuite.

Le 14 et les jours suivants, l'amélioration se soutient, et le pouls tombe à 52. Le 20, il mange les trois-quarts, et sort parfaitement guéri dans les premiers jours d'avril.

Voilà bien sans doute une fièvre typhoïde des mieux caractérisées, et, de plus, la forme bilieuse pouvait-elle être mieux prononcée? Je ne le pense pas. Je n'ajouterai qu'une réflexion : Les vomitifs eussent-ils produit ici pareil effet ?

Obs. VII. — Le 13 janvier 1838, un commis, âgé de vingt-quatre ans, d'un tempérament lymphatique, est couché au n° 18 de la salle Saint-Jean-de-Dieu. Il accuse une diarrhée qui date de six semaines et qui ne l'a quitté que par intervalles. Il a le bas du visage jaune ; les lèvres, les na-

rines et les dents sont sèches; la bouche amère, la langue couverte d'une épaisse couche blanche, excepté à sa pointe qui est rouge; soif, inappétence, ventre indolent sans gargouillement, mais un peu tendu; on remarque quelques taches rosées, et une papule à la partie inférieure de la poitrine et supérieure de l'abdomen; l'haleine est fétide, le pouls à 56; insomnie la nuit dernière.

Saignée de trois palettes; ventouses sur les régions épigastrique et iléo-cœcale, trois palettes; cataplasme chloruré, solution de gomme chlorurée, limonade, lavement avec amidon, guimauve et pavot; diète.

Le 14, amélioration générale et définitive, car la convalescence n'offre rien autre chose qu'une nombreuse éruption de sudamina, et le 25, il demande son *exeat*, sentant ses forces revenues et bien guéri.

Qui pourrait méconnaître dans cette observation la fièvre muqueuse des auteurs et de Pinel en particulier? On sait ce qu'ils disent des émissions sanguines contre cette forme de maladie. Je leur répondrai comme tout à l'heure : Les vomitifs eussent-ils obtenu pareil succès? J'en appelle à la bonne foi de ceux qui en ont étudié les effets. Pour nous, au reste, cette fièvre muqueuse n'est qu'une des formes de cette entéro-mésentérite si terrible par ses insidieux déguisements. Je n'ai point vu la médication vomitive directement expérimentée contre cette dernière affection dans le service que nous passons en revue en ce moment, mais j'ai vu plus d'une fois des malades, dont cette méthode avait commencé ailleurs le traitement, nous arriver ensuite avec une exacerbation des symptômes principaux évidemment dus à cette méthode. Je pourrais citer entre autres

le malade du nº 2, entré le 3 septembre 1837 au neuvième jour de maladie, et qu'un médecin, appelé par lui, avait fait vomir le cinquième jour. Il nous offrait déjà un abattement notable, et bientôt des phénomènes ataxo-adynamiques l'entraînèrent au tombeau. Un étudiant en médecine, natif de Suisse, et qui, malade depuis surtout une douzaine de jours, s'était traité chez lui par le muriate d'ammoniaque, 60 grains en six fois (on sait l'usage que Stoll faisait de cette substance), puis la rhubarbe et l'ipécacuanha : ce traitement n'avait fait qu'aggraver et sa diarrhée et sa prostration. Bref, il vint aussi mourir dans nos salles (nº 12, février 1838). Et enfin, un corroyeur de vingt-un ans qui, dernièrement (juin 1838, nº 5), vint nous offrir un bel exemple de la fièvre lente nerveuse, maladie qui avait débuté chez lui par quelques signes de fièvre typhoïde et une diarrhée surtout que l'émétique avait immédiatement aggravée. Plus heureux, il échappa, mais après une convalescence de près d'un mois.

Au reste, à défaut d'observations qui me fussent propres, que de faits de ce genre ne trouverais-je pas dans les auteurs? J'en citerai un seul que j'emprunterai à Stoll : Une fille de trente ans, bilieuse, entre à l'hôpital le 24 juillet. Elle avait depuis huit jours fièvre, vomissements, et un peu de diarrhée. Le visage est légèrement jaune, la bouche amère, la langue bilieuse, inappétence, quelques petites pétéchies d'un rouge sale (taches typhoïdes). Stoll donne l'ipécacuanha. Elle vomit difficilement une matière jaune, très-épaisse et tenace. Trois jours après, le pouls est faible, intermittent, inégal; il survient de l'assoupissement, de la prostration, et elle meurt le cinquième jour après l'entrée (*Méd. pratiq.*, t. 1er, p. 120). Qui ne sait, d'ailleurs, qu'en

pareils cas les anciens, dès qu'ils voyaient apparaître les phénomènes ataxiques ou adynamiques, loin de s'affliger du résultat produit par leur fatale médication, s'applaudissaient au contraire d'avoir ainsi mis à nu, comme ils le disaient, la vraie nature de la maladie, en la forçant en quelque façon à sortir de la forme mystérieuse dont elle s'enveloppait? Bizarre et funeste erreur qui nous explique la longue faveur dont a pu jouir contre cette affection elle-même cette médecine évacuante, et qui nous montre combien la fausse interprétation d'un fait peut avoir dans notre art de fâcheuses conséquences. Je suis bien loin, sans doute, d'imputer pareilles théories à M. le professeur Andral, mais je ne puis m'empêcher de trouver aussi, dans plusieurs des faits malheureux qu'il nous cite à l'occasion de l'émétique, les analogues de ceux que je viens de rappeler (voyez plus haut à l'article Maladies de l'abdomen, et spécialement les observations IV, XI, LXIII, etc.). Comment, en effet, concevoir la différence de résultat des vomitifs, dans ces cas d'une part, et de l'autre, dans tous ceux semblables en apparence où nous avons vu le même moyen réussir si constamment? si ce n'est en admettant que cette similitude apparente n'était qu'une similitude mensongère; qu'identiques par la forme ils différaient par le fond; que les uns n'étaient que de simples embarras gastriques et les autres de véritables fièvres typhoïdes: *naturam morborum ostendunt curationes.*

Terminons maintenant ce qui concerne la fièvre bilieuse par quelques cas dans lesquels la maladie, tout en s'étendant à la portion inférieure du tube digestif, n'en a pas moins offert cette même physionomie dont les anciens tenaient le principal compte pour le traitement, et dont l'o-

mission, sous ce point de vue, peut, comme nous allons le voir, être si bien sanctionnée par le succès.

Obs. I. — Le 14 mars 1837, un marchand ambulant, âgé de vingt-trois ans, entre à la Clinique, malade depuis neuf jours. Il accuse perte d'appétit, nausées et vomissements répétés deux ou trois fois par jour, coliques avec diarrhée parfois sanguinolente, et lassitudes dans tous les membres. Son visage est jaune, les lèvres et narines sèches, la langue rouge assez humide, la bouche mauvaise, gargouillement dans les deux flancs, le pouls à 52-56 un peu redoublé; deux selles dans la nuit, une épistaxis avant la visite.

Ventouses dans les régions sous-ombilicale et épigastrique, trois palettes; limonade, gomme, cataplasme, demi-lavements d'amidon, guimauve et pavot; diète.

Sous l'influence de ce traitement, la diarrhée cesse, l'appétit revient, le pouls tombe à 48; et le 19, c'est-à-dire cinq jours après l'entrée, le malade parfaitement guéri demande son *exeat*.

Obs. II. — Un maçon de dix-huit ans, après quinze jours environ de céphalalgie et de malaise, est pris d'étourdissements et puis de vomissements copieux qui se répètent les trois ou quatre premiers jours, et enfin d'une diarrhée sans coliques. Au bout de sept jours il est reçu dans nos salles. Pourtour de la bouche jaune, langue un peu rouge sur les bords et blanche au milieu, perte d'appétit, soif, gargouillement iléo-cœcal, ventre indolent, légèrement météorisé; deux selles diarrhéiques hier, une ce matin; pouls, 68-72.

Trente sangsues à l'anus, gomme, julep laudanisé, deux demi-lavements d'amidon et pavot, cataplasme, diète.

Ce traitement le rétablit si promptement qu'entré le 23 mars il demande son *exeat* le 25.

Obs. III. — Le 26 janvier 1838, un maçon de quarante-six ans est reçu à la Clinique, après six jours de maladie. Celle-ci consiste en vomissements bilieux et diarrhée qui ont persisté malgré une diète absolue. Il accuse, en outre, des éblouissements, des tintements d'oreilles et une grande faiblesse. Son visage est très-jaune inférieurement, les lèvres sont sèches, la langue est râpeuse et rouge sur ses bords, la bouche mauvaise, pas d'appétit, soif vive, nausées; un vomissement depuis son entrée d'une matière bilieuse verdâtre, deux selles très-liquides et qui ont échappé malgré lui sans coliques, un peu de gargouillement dans les deux flancs, peau un peu chaude, pouls à 76, voix affaiblie, céphalalgie générale et surtout frontale, insomnie presque complète.

Ventouses sous-ombilicales trois palettes, et le soir vingt-cinq sangsues à l'anus; gomme, potion laudanisée, cataplasme idem, demi-lavements avec amidon, guimauve et pavot; diète.

Le lendemain 27, la diarrhée a cessé pour ne plus se reproduire; le gargouillement est presque nul, mais les vomissements ont continué; la langue est encore sèche et villeuse.

Ventouses épigastriques deux palettes et demie, gomme, cataplasme, etc., *ut supra*.

Ce traitement, aidé des opiacés et des émollients, triomphe des vomissements qui cessent entièrement au bout de quelques jours, et la cure est complète dans les premiers jours de février. Le 13, le malade sort très-bien guéri.

Voilà de beaux cas, si je ne me trompe, et dans lesquels

cette troisième nuance de la fièvre bilieuse n'a pas été moins heureusement dissipée elle-même, pour n'avoir pas été combattue par la médication vomitive.

En résumé donc, et pour revenir ici en peu de mots sur l'application des vomitifs aux maladies gastro-intestinales à forme bilieuse, nous conviendrons avec M. Andral que les vomitifs peuvent être utiles ou nuisibles suivant les cas; mais allant plus loin que lui, et tâchant de préciser ces cas, autant que l'état actuel de la science peut le permettre, nous dirons :

1° Dans tout embarras gastrique ou gastro-intestinal et dans tout état bilieux, pourvu que ces deux états morbides soient pleinement dégagés de l'élément typhoïde, oui, les vomitifs peuvent être utiles, plus utiles que les émissions sanguines s'il y a absence complète d'irritation sanguine; moins utiles dans le cas contraire et surtout moins sûrs, puisqu'on peut toujours craindre alors, qu'ils ne fassent passer la maladie de l'état bilieux à l'état typhoïde.

2° Dans tout état morbide des voies digestives, qui n'est que l'accompagnement ou le masque de l'état typhoïde, c'est-à-dire de cet état spécial produit par l'inflammation ulcérative de la dernière portion de l'intestin grêle, non, les vomitifs ne peuvent pas être utiles. J'ajouterai que les émissions sanguines, telles que nous les avons vues appliquées, leur sont infiniment préférables.

Resterait maintenant à poser ici les caractères différentiels entre deux ordres de maladies si importants à distinguer dans la pratique. Resterait à démontrer, contrairement à l'opinion de quelques modernes observateurs, que l'état bilieux et la fièvre typhoïde sont deux affections éminemment différentes. Mais ces points de diagnostic m'entraîneraient

hors de mon sujet, ou me forceraient de dépasser les bornes que ma question m'impose. J'ai d'ailleurs, avant de quitter les voies digestives, quelques faits encore à recueillir, qui se rattachent d'une manière trop intime aux questions que nous venons de traiter, pour qu'il me soit permis de les passer sous silence. Ainsi, par exemple, que penserons-nous de l'emploi des vomitifs contre l'ictère? Les faits suivants vont répondre à cette question.

Obs. I. — Un tailleur de vingt-cinq ans se présenta à la Clinique avec une teinte jaune verdâtre du visage et des sclérotiques, les lèvres sèches, la langue blanche, de l'anorexie, un peu de douleur iléo-cœcale et épigastrique, le ventre souple, l'urine rouge, le pouls à 72. Sa maladie date de quatre jours, elle a été précédée de frissons, de nausées et d'un vomissement bilieux qu'il a provoqué avec ses doigts.

M. Bouillaud prescrit 24 grains d'ipécacuanha, limonade, groseilles, cataplasme, lavement et diète. L'ipécacuanha procure trois à quatre vomissements verdâtres, auxquels succède un soulagement assez prononcé. Les boissons rafraîchissantes et la diète achèvent la cure, et au bout de six jours, il sort très-bien guéri.

Obs. II. — Un verrier de vingt-six ans est pris en travaillant d'une douleur épigastrique avec un peu de fièvre. Céphalalgie et perte d'appétit. Huit jours après, il entre à la Clinique. La conjonctive oculaire, l'ovale inférieur du visage, le cou et la poitrine présentent une teinte jaune assez marquée. La langue est blanche et un peu saburrale; la bouche pâteuse; anorexie. Ni nausées, ni vomissements. Un peu de douleur à l'épigastre; peau chaude à 37° cent. Pouls à 56-60.

Même prescription que dans le cas précédent.

Un vomissement purement aqueux succède à l'ipécacuanha; mais le malade se trouve soulagé, le pouls tombe à 48-52, l'appétit revient, et cinq jours après il demande sa sortie.

Obs. III. — Le 15 avril 1837, une domestique de vingt-cinq ans, malade depuis dix jours, nous raconte qu'à cette époque, elle vit tout-à-coup, à la suite d'une vive contrariété, sa poitrine d'abord, puis son visage, et enfin tout le corps, prendre une teinte jaune assez foncée. Elle n'accuse aucun autre symptôme, si ce n'est un peu de constipation depuis deux jours. Le foie ne déborde pas les fausses côtes; le pouls est à 60-64 et la chaleur modérée. L'urine offre une couleur jaune brunâtre et la densité de la grosse bierre.

M. Bouillaud ordonne une application de ventouses sur l'épigastre et l'hypochondre droit, 3 pal.; solution de sirop tartareux, cataplasme, lavement huileux, bain, deux bouillons et une soupe.

Cette médication, moins les ventouses, répétée les jours suivants, et aidée de quelques bains sulfureux, dissipe cet ictère, et le 3 mai, elle sort bien guérie.

Je pourrais rapporter ici bien des cas analogues à ce dernier. Tel est en effet le traitement le plus généralement suivi par M. Bouillaud contre l'ictère dit essentiel. Quant à celui dont les deux premières observations nous fournissent l'exemple, qui n'y reconnaît de suite la fièvre bilieuse que nous avons étudiée ci-dessus? Aussi ne serons-nous pas surpris de le voir céder à l'emploi d'un vomitif. Que pourrait faire celui-ci contre l'ictère proprement dit? Cette maladie est encore si mal connue dans sa nature, que rien ne s'oppose à l'essai de ce moyen. Je dois dire cependant qu'on lui

préfère généralement l'usage des purgatifs. Je ne quitterai point cet état morbide sans remarquer, à son occasion, combien ses effets ordinaires sont propres à nous démontrer l'erreur des anciens sur la prétendue nocuité de la bile répandue dans l'économie. J'ajouterai que plus d'une fois j'ai vu M. Bouillaud constater chez ses ictériques une singulière lenteur dans le pouls. Était-elle due à l'action de la bile? J'ai voulu résoudre cette question en me soumettant à l'usage des pilules de fiel de bœuf. Mes résultats ont été négatifs ; mais je dois convenir que mon expérimentation n'a pas été peut-être poussée assez loin. Je compte y revenir.

Un mot maintenant sur un autre état morbide affectant aussi les voies alimentaires, susceptible de simuler l'irritation, et dont M. le docteur Barras a, dans ces derniers temps, contribué puissamment à éclairer l'histoire. Je veux dire la gastralgie. On sait que cette affection est souvent accompagnée de vomissements : ceux-ci, liés à une autre cause, telle que l'embarras gastrique, peuvent, comme nous l'avons vu, céder à l'usage d'un vomitif (*vomitus vomitu curatur*). En est-il de même dans cette dernière circonstance ? Non. J'en ai eu la preuve clinique chez un malade couché au numéro 2 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, et qui, à la suite de violents chagrins, avait été pris de vomissements réitérés. L'ipécacuanha fut essayé chez lui entre autres moyens, et resta comme les autres sans résultat. Un vésicatoire épigastrique, la glace à l'intérieur et l'opium eurent plus de succès, et sous leur influence, le malade sortit soulagé. En général, dit M. Barras, on doit s'abstenir chez ces malades du tartre stibié et des purgatifs irritants, à cause de la vive excitabilité dont leur estomac et leurs intestins sont

le siége. (Barras, *Traité de la gastralgie et de l'entéralgie*, p. 557.)

Ici se termine l'examen que nous devions faire des maladies siégeant dans le tube digestif et ses annexes, en tant que relevant, si je puis ainsi dire, de la médication vomitive. Nous avons déjà vu chez M. le professeur Andral cette médication s'étendre bien peu dans ses applications en dehors de ces limites. Il en sera de même chez M. le professeur Bouillaud. Poursuivons néanmoins notre revue, ne nous attachant, bien entendu, qu'aux faits où nous retrouverons la forme bilieuse, à ces faits où les anciens préconisaient les vomitifs comme une nécessité inattaquable, et voyons ce qu'il advient encore ici au praticien qui néglige cette forme pour s'attacher au fond de la maladie. Le temps et l'espace me forceront d'être un peu bref dans cette analyse : aussi ne m'arrêterai-je qu'aux maladies principales, et ne prendrai-je dans chacune d'elles que deux ou trois observations, renvoyant encore ici pour plus amples renseignements à la clinique du professeur Bouillaud.

Pleuropneumonie (bilieuse). — Obs. I. — Le 11 avril 1838, un maçon de dix-neuf ans, de constitution moyenne, fut reçu à la Clinique, n° 1. Sa maladie, qui datait de cinq jours, avait débuté par : fièvre, douleur au niveau des dernières côtes droites, crachement de sang, céphalalgie; vomissement le premier jour, diarrhée le troisième; vomissements. Deux saignées assez fortes, une le deuxième jour et l'autre le troisième, des tisanes et des cataplasmes avaient constitué son traitement avant l'entrée

On constate à la visite du soir : pourtour de la bouche jaune, langue rouge aux bords, blanche au milieu; soif, anorexie, bouche amère; douleur épigastrique et iléo-cœcale, augmen-

tant par la pression ; un peu de gargouillement profond. Deux selles liquides et jaunes la veille de l'entrée ; pouls 100-104 ; crachats rouillés, douleur aux dernières fausses côtes droites augmentant par la toux et l'inspiration. En arrière, résonnance faible dans les deux tiers inférieurs droits. Râle crépitant, souffle et bronchophonie en dedans de l'angle inférieur de l'omoplate droite ; à gauche, un peu de râle muqueux ; céphalalgie, étourdissements et éblouissements. On prescrit une saignée de trois palettes.

Le lendemain 12, l'état est le même. M. Bouillaud constate les mêmes signes stéthoscopiques, et il ordonne :

Saignée de trois palettes ;

Ventouses sur l'hypochondre droit (3 palettes) ;

(Le soir.) Saignée de trois palettes.

Cataplasmes, boissons émollientes, lavement et diète.

Le 13, mieux général. Le souffle a disparu, le râle crépitant et la bronchophonie sont moins forts.

Saignée de trois palettes.

Ventouses à la partie inférieure et droite de la poitrine, deux palettes. Le reste *ut supra*.

14, à peine quelques bulles de râle crépitant ; plus de bronchophonie, etc. Le malade se sent très-bien ; la convalescence commence ; M. Bouillaud permet un bouillon de poulet.

15, bon visage, langue humide et rosée, pouls 68-72 ; on augmente les aliments.

Le 27, le malade, parfaitement guéri, demande son exeat.

Obs. II. — Un maçon de vingt-neuf ans entre à la Clinique le 9 mai 1838 : il est d'une constitution délicate, mal portant depuis vingt jours, malade depuis cinq. Toux, point de côté à droite en dehors et en bas, céphalalgie, crachats

rouillés, anorexie complète, soif vive, nausées continuelles, et une à deux selles par jour, tels furent les premiers symptômes. Un médecin lui a pratiqué chez lui une saignée assez copieuse et lui a fait appliquer douze sangsues sur le point douloureux. Il a été apporté à l'hôpital sur un brancard.

A la visite du soir, on constate tous les signes d'une pleuropneumonie postérieure et externe du poumon droit du premier au deuxième degré, et l'on prescrit une saignée de quatre palettes.

Le lendemain 10, l'état est le même. Le visage jaunâtre, abattu, les lèvres sèches ; l'urine d'un jaune d'ambre assez foncé. La respiration est à 40 ; et pour n'insister ici que sur les signes les plus essentiels, on note un souffle très-fort dans toute la région du scapulum droit, une bronchophonie très-prononcée avec absence de respiration vésiculaire dans cette même région et un peu de crépitation en bas. La peau est sèche et chaude à 37°, le pouls est à 100. M. Bouillaud ordonne :

Saignée de quatre palettes.

Ventouses à la partie postérieure droite de haut en bas ; trois palettes.

(Le soir.) Saignée, trois palettes.

Cataplasme, boissons émollientes, lavement et diète.

Le 11, mieux général ; pouls à 88 ; respiration à 28 ; mais on entend encore du souffle en arrière.

Saignée de trois palettes.

Ventouses en arrière et en haut, trois palettes.

Le reste *ut supra*.

Ces émissions sanguines furent les dernières ; un vésicatoire prescrit le lendemain acheva la résolution déjà si avancée, et le 19, la convalescence était bien confirmée, le ma-

lade mangeait le quart. Un érysipèle survenu au visage le retint cependant à l'hôpital jusqu'au 4 juin. Il sortit alors parfaitement rétabli.

Obs. III. — Un charbonnier de dix-neuf ans, malade depuis six jours, est reçu chez M. Bouillaud le 24 mai 1838. On lui a pratiqué chez lui, la veille, une saignée de quatre palettes. Même prescription est faite au moment de son entrée, et cependant, le lendemain 25, voici l'état qu'il nous présente : visage animé, mais jaune inférieurement ; lèvres et narines sèches ; langue sèche, rouge à sa pointe, d'un blanc laiteux dans le reste de son étendue ; bouche mauvaise, dégoût pour les aliments, haleine fétide ; ventre douloureux à la pression, avec gargouillement dans le flanc droit, envies infructueuses d'aller à la selle. En arrière, dans la région scapulaire droite, matité, souffle, bronchophonie avec crépitation dans quelques points. La sérosité de la saignée d'hier est d'un jaune verdâtre bien marqué ; l'urine est d'un beau jaune d'ambre. Prostration considérable ; gémissements plaintifs par intervalles ; pesanteur et tournoiements de tête ; insomnie.

Voilà bien sans contredit la pneumonie bilioso-putride ou adynamique de Pinel. Eh bien ! ces symptômes bilieux si marqués vont-ils modifier en aucune sorte le traitement que réclame l'essence de cette maladie ? Non. Pas plus que cette adynamie trompeuse qui n'en est aussi de son côté que la conséquence symptomatique. M. Bouillaud prescrit donc une nouvelle saignée de quatre palettes, une application de ventouses de trois palettes et une autre saignée pour le soir de trois palettes ; plus les moyens accessoires indiqués dans les précédentes observations. Le lendemain, malgré l'amélioration notable déjà survenue, malgré la diminution des

principaux phénomènes bilieux et typhoïdes sauf la prostration qui est toujours considérable, le souffle et la bronchophonie qui persistent font un devoir de ne pas s'arrêter encore. Une saignée de trois palettes et une application de ventouses à la même dose sont donc encore prescrites. Ce fut le coup de grâce porté à la maladie; car le lendemain, le malade entrait en convalescence; celle-ci se maintint et se consolida les jours suivants, aidée seulement de l'application d'un vésicatoire volant et d'un régime sagement gradué; et le 18 juin, le malade parfaitement guéri, demanda son exeat vingt-cinq jours après son entrée.

De pareils faits ont-ils besoin de longs commentaires, rapprochés surtout de ceux que les anciens nous ont offerts à l'appui de leurs idées? Et ne prouvent-ils pas jusqu'à l'évidence la supériorité des moyens actuels de traitement, et surtout de cette médication antiphlogistique active et formulée qui va pour ainsi dire frapper le mal coup sur coup, sur leur thérapeutique anti-saburrale, anti-bilieuse? Convenons pourtant que l'âge trop avancée, une constitution débilitée, un état cachectique, etc., peuvent quelquefois mettre obstacle à l'emploi de la précieuse méthode que je viens de citer. Alors, mais seulement alors, je pense que l'émétique à doses vomitives pourra venir en aide à la pénurie du praticien. On a cité quelques faits à l'appui de cette pratique, que, pour mon compte, je n'ai point eu occasion de voir essayer. On a conseillé aussi l'ipécacuanha aux mêmes doses contre cette pneumonie lobulaire, terminaison trop fréquente et si souvent funeste des fièvres éruptives. J'ai vu ce moyen employé plusieurs fois et sans succès par M. le professeur Bouillaud. Ainsi, chez un jeune homme atteint de rougeole et couché au n° 10 de la salle St-Jean-de-Dieu. L'ipé-

cacuanha n'eut sur lui d'autre effet que de provoquer des sueurs abondantes, et il ne me parut nullement avoir retardé la terminaison fatale.

(*La suite et la fin à un prochain cahier.*)

RAPPORT

Fait à la Société de médecine de Paris par M. A. BÉRARD,

SUR UN NOUVEL APPAREIL ORTHOPÉDIQUE CONTRE LES DÉVIATIONS DE LA TAILLE,

INVENTÉ PAR M. CHAILLY,

Membre de la Société.

Une commission composée de MM. Mélier, Prus, Téallier et moi a été nommée pour examiner un appareil orthopédique destiné au traitement des déviations de la colonne vertébrale par notre honorable collègue M. Chailly. Cette commission vient aujourd'hui s'acquitter, en partie, des fonctions qui lui ont été confiées. Nous bornerons, en effet, notre travail à la description de l'appareil orthopédique et à l'exposé pur et simple des faits dont nous avons été témoins. Nous nous abstiendrons de porter un jugement définitif sur la valeur de la méthode que nous allons décrire. Nous attendrons pour cela que le nombre des faits observés soit plus considérable, que l'expérience ait été plus longtemps prolongée sur les malades encore en traitement. C'est alors seulement qu'il nous sera permis d'apprécier exactement l'efficacité du moyen proposé par M. Chailly. Nous saisirons avec empressement cette occasion pour jeter un

coup-d'œil critique sur les divers modes de traitement des déviations de la taille, et assigner le rang que doit occuper l'appareil orthopédique de notre collègue sous le point de vue, soit de son originalité, soit des avantages qu'on en peut retirer. Mais un temps assez long encore peut s'écouler avant que nous soyons en mesure de faire ce travail. Cependant M. Chailly désire porter son appareil à la connaissance des médecins, et c'est pour répondre à cette intention que nous présentons aujourd'hui à la Société ce rapport qui doit être considéré comme provisoire.

1° *Description de l'appareil. — En quoi il diffère de son état primitif. — Raisons des changements qu'il a éprouvés.*

Cet appareil se compose d'une ceinture en cuir garnie d'un coussin à l'intérieur, munie extérieurement dans son milieu d'une plaque de support en acier avec deux prolongements, et terminée à l'une de ses extrémités par deux boucles et à l'autre par deux courroies percées de trous; d'une colonne en acier à laquelle sont fixés deux quarts de cercle, l'un à droite et l'autre à gauche, le premier près de l'extrémité la plus large, le second à peu près au milieu : celui-ci porte à son extrémité libre une alonge; cette colonne est terminée en haut par une hausse en forme d'Y, dont les branches sont cintrées, et en bas par une échancrure; sa face postérieure est garnie de boutons; il en existe aussi aux extrémités des quarts de cercle et de la branche cintrée de la hausse : ils sont destinés à servir d'attache à des courroies. Ces courroies sont au nombre de cinq. Elles sont désignées par des dénominations tirées des régions sur lesquelles elles sont principalement destinées à porter. Il y

a deux courroies axillaires ; elles sont garnies de coussins ; une pectorale, une lombaire et une humérale. Toutes ont à leurs extrémités plusieurs boutonnières. La plaque de support porte en haut et dans son milieu une bride-de-pont, et en bas un bouton d'arrêt.

Pour monter cet appareil, on en assemble les parties de la manière suivante. On place la colonne sur la ceinture où elle se trouve reçue et fixée solidement par la bride et le bouton d'arrêt de la plaque. On fixe les courroies axillaires, par une de leurs extrémités, à la branche cintrée de la hausse ; la courroie dorsale ou pectorale, par son extrémité la plus large, au haut de la colonne, en la dirigeant à droite ; la courroie lombaire en bas, en la dirigeant à gauche, et l'humérale à peu près dans le milieu. Cette disposition est celle qui convient pour les déviations dont la courbure dorsale est à droite.

L'appareil ainsi préparé, on le pose sur le sujet. La ceinture doit entourer le bassin en passant entre la crête des os des îles et les trochanters, la plaque de support répondant directement à l'os sacrum. Après l'avoir fixée en devant au moyen des boucles et des courroies qui se trouvent à ses extrémités, on dispose les courroies comme il suit : D'abord la courroie lombaire. Elle doit passer au-dessus de la hanche gauche et du pubis, et aller se fixer à l'extrémité du cercle inférieur. Puis l'axillaire gauche ; on la fait passer sous l'aisselle, d'où elle remonte pour aller se fixer à la branche horizontale de la hausse. La courroie pectorale doit se diriger obliquement à droite, passer sous l'aisselle, puis en devant sur la base de la poitrine, et se fixer à l'extrémité de l'alonge du quart de cercle supérieur. Ces trois courroies doivent être tendues modérément, surtout dans les

premiers temps du traitement, et toujours de manière à ce que la colonne réponde exactement par sa partie supérieure à l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale; ou, ce qui revient au même, la courroie lombaire et l'axillaire gauche doivent contre-peser l'action de la courroie pectorale. Il reste encore deux courroies à disposer, l'axillaire droite et l'humérale. L'axillaire droite doit être dirigée sous l'aisselle et remonter pour s'attacher à la branche horizontale de la hausse. Elle doit être posée simplement et non tendue. Dans les commencements du traitement, elle n'a d'autre usage que de servir de coussin à la courroie humérale. Celle-ci, qui, comme il a été dit, est fixée à l'un des boutons du milieu de la colonne, doit monter obliquement en dehors, passer au-devant de l'épaule sur la courroie axillaire, puis sur l'extrémité humérale de la clavicule, passer sur l'épaule, redescendre en arrière obliquement en suivant une ligne parallèle à son chef inférieur, et aller s'attacher à l'un des boutons de la colonne.

Telles sont, en général, les pièces qui composent l'appareil, leur disposition relative, et leur arrangement sur le sujet. Le même appareil sert pour les déviations à gauche en changeant la disposition des quarts de cercle et des courroies lombaires et pectorales. Celle-ci doit être plus étroite que pour les déviations à droite, par la raison qu'elle est pour lors destinée à exercer son action sur un arc d'une moindre étendue. Dans les déviations à gauche, la courbure dorsale commence seulement à la sixième vertèbre de cette région et finit à la douzième. La courroie humérale doit rester du côté droit et être appliquée de la même manière que dans les déviations à droite. En voici le motif : la courbure supérieure du rachis, qui, dans les déviations à

droite, ne comprend que les vertèbres cervicales, est ici formée de ces vertèbres et des six vertèbres dorsales supérieures; en sorte que l'épaule droite s'y trouve portée en dehors et en haut, à quelque chose près, comme dans les déviations du côté droit.

Cet appareil, dans le principe, différait un peu de ce qu'il est maintenant, soit quant au nombre des pièces, soit quant à leur forme et à leur disposition. La courroie humérale n'existait pas. La nécessité s'en est fait sentir. Il ne suffit pas de redresser le rachis. La poitrine a éprouvé un mouvement de torsion auquel il faut remédier. Dans les déviations des deux espèces, le haut de la poitrine a fait un mouvement de rotation de droite à gauche : il est nécessaire de lui imprimer un mouvement contraire. La courroie humérale produit très-bien cet effet. Elle entraîne l'épaule droite en dedans et en bas, ramène la partie supérieure du sternum sur la ligne moyenne du corps, et force l'épaule gauche à se porter en avant. La courroie lombaire manquait aussi. Le quart de cercle auquel elle va se fixer était à gauche; une courroie garnie d'un coussin était alors tendue entre la colonne et l'extrémité du quart de cercle. Cette pièce comprimait la région lombaire obliquement d'arrière en avant et de dehors en dedans. La crainte d'exercer une pression douloureuse sur le ventre l'avait fait préférer à la courroie circulaire qui s'était d'abord présentée à la pensée. Il a fallu y renoncer. Destinée avec l'axillaire du même côté à contrepeser l'action de la courroie pectorale, sa position oblique rendait sa résistance trop faible, et de plus, l'obliquité de sa position était une cause constante de déplacement de l'appareil. Il n'existait pas non plus de courroie axillaire à droite. On a vu pourquoi cette pièce avait été ajoutée. Les

prolongements de la plaque n'étaient point aussi étendus qu'ils le sont maintenant. La ceinture n'avait pas assez de solidité ; elle tournait ; la plaque se portait à gauche ; l'appareil se trouvait promptement dérangé, et l'effet particulier qu'elle doit produire, qui est de ramener la hanche droite en arrière, était faiblement obtenu. L'alonge supérieure du quart de cercle est encore une addition faite au premier appareil. Le mouvement de torsion de la poitrine est, en bas, en sens inverse de ce qu'il est en haut : elle fait une saillie au-dessus de l'hypochondre gauche qu'il convient de déprimer. Il fallait pour cela pouvoir reculer selon le besoin le point d'attache en avant de la courroie pectorale, de manière à ce qu'elle pût, en pressant convenablement sur cette saillie, exercer sur la base de la poitrine une action inverse de celle que la courroie humérale exerce sur le sommet. Enfin, il n'y avait point de hausse à la colonne. On n'avait pas prévu, et il était difficile de prévoir, jusqu'à quel point la taille des sujets s'élèverait pendant le traitement. L'élévation de la taille, aussitôt après que l'appareil est appliqué, présente une différence en plus de quatre à six lignes, et vers la fin du second mois du traitement de douze à dix-huit lignes ; puis elle perd quelques lignes, les regagne ensuite et augmente encore, mais lentement, jusqu'à la fin du traitement. La colonne se trouvait bientôt trop basse ; la branche en équerre qui la terminait en haut et à droite ne se trouvait plus assez éloignée de l'épaule. L'équerre a été remplacé par un T mobile pour l'attache des deux courroies axillaires, et la branche horizontale de ce T a été cintrée en avant et inclinée en bas vers ses deux extrémités pour s'accommoder à la forme du cou, rendre cette partie de

l'appareil moins apparente, et surtout pour porter plus en avant les attaches des courroies axillaires.

Supplément à la description de l'appareil orthopédique.

L'appareil, conduit par degré à l'état qui vient d'être décrit, laissait encore quelque chose à désirer. La branche horizontale de la hausse était visiblement trop courte. Les chefs des courroies axillaires venaient s'y rendre obliquement en haut, en arrière et en dedans, et la colonne se trouvait fortement attirée contre la poitrine. C'était une gêne pour le sujet, un obstacle au rétablissement de la courbure normale de la région dorsale de la colonne vertébrale tel, que, sur la fin du traitement, les apophyses épineuses des vertèbres de cette région, se trouvant pressées les unes sur les autres, se portaient irrégulièrement, soit à droite, soit à gauche. La même branche, outre son défaut de longueur, manquait aussi d'un nombre suffisant de boutons. La courroie axillaire gauche, se trouvant fixée aux mêmes points de la traverse que la droite, neutralisait en partie l'action de la courroie humérale en retenant l'épaule gauche en arrière. La traverse de la hausse a donc dû recevoir plus de longueur et un plus grand nombre de boutons. Ce changement paraissait compléter tout ce qu'il était possible de désirer : et cela était vrai quant à l'action, mais non pas sous le point de vue de l'agrément. Il a paru que, sous ce dernier rapport, il y avait encore quelque chose à faire.

Pour que la branche transversale de la hausse devenue plus longue pût passer sur les parties latérales du col sans se porter trop en dehors, la colonne devait s'élever jusqu'à la hauteur de la quatrième vertèbre cervicale : or, cette par-

tie de l'appareil dépassait de beaucoup le niveau des vêtements, et ne pouvait être cachée assez bien pour échapper aux regards mêmes les moins pénétrants. C'était, pour de jeunes demoiselles, une très-grande peine que de porter ainsi l'enseigne de leur infirmité. Cet inconvénient a maintenant disparu. On a pu, sans nuire à l'effet essentiel de l'appareil, changer la forme de la hausse. Le T est devenu un Y dont les branches sont recourbées en avant et en dehors. Maintenant, la colonne ne dépasse plus le niveau de l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale, et rien ne paraît plus au dehors des vêtements.

2° *Mode d'action de l'appareil.*

Voici, d'après M. Chailly, le mode d'action de l'appareil. La ceinture inférieure sert de point d'appui solide à la tige verticale à laquelle se rapporte l'action des autres pièces de l'appareil. La courbure principale du rachis tend à être effacée par l'action de trois forces dont une agit au milieu et les deux autres aux extrémités de l'arc. La puissance moyenne est constituée par la courroie dite pectorale. Ses attaches à la tige verticale d'une part et de l'autre à l'extrémité antérieure du quart de cercle supérieur sont telles qu'en la serrant, elle presse sur la convexité droite de la poitrine, et, par l'intermédiaire des côtes, sur la partie dorsale de la colonne vertébrale ; tandis qu'elle tend à affaiblir la convexité de la courbure, les extrémités inférieure et supérieure de l'arc sont tirées en sens inverse. En effet, la courroie lombaire fixée, comme la pectorale, d'un côté sur la tige verticale, et de l'autre à l'extrémité antérieure du quart de cercle inférieur, presse de gauche à droite sur la

région lombaire. D'une autre part, l'action de gauche à droite est transmise à la partie supérieure de la courbure par la courroie axillaire gauche.

Outre le rétablissement de la colonne dans sa rectitude normale, M. Chailly a cherché à remplir avec son appareil deux autres indications : 1° remettre les épaules de niveau ; 2° faire cesser la torsion de la poitrine. Ce double but se trouve atteint par la traction de bas en haut et d'arrière en avant que la courroie axillaire gauche exerce sur l'aisselle du côté correspondant, tandis qu'une pression en sens inverse est accomplie par l'omoplate et la clavicule droite par la courroie humérale.

Tel est l'appareil que M. Chailly a mis en usage ; nous nous abstiendrons ici de toute discussion qui aurait pour objet de savoir si les moyens atteignent bien le but que notre collègue s'est proposé. Nous prions la Société de ne pas oublier que, dans ce rapport, la commission remplit la tâche de l'historien et non celle du critique.

Nous allons maintenant faire connaître les résultats dont nous avons été témoins. Cinq malades ont été soumis à notre observation. Deux ont obtenu une guérison parfaite, trois sont encore en traitement :

Ire OBS. — Mademoiselle Anna, âgée de dix-sept ans, au 28 mai 1838, née d'un père et d'une mère morts d'affection cérébrale), d'une bonne santé dans toutes les époques de la vie ; à l'âge de treize ans, la taille a commencé à tourner ; en même temps des douleurs correspondantes au lieu de la déviation se sont manifestées, et ont été en augmentant, à mesure que la courbure de la colonne faisait des progrès ; pendant les trois premières années, les changements étaient peu rapides, malgré l'apparition des menstrues à l'âge de

quinze ans ; ils le sont devenus surtout pendant les six mois qui ont précédé la mise en traitement : peu avant cette époque, deux médecins orthopédistes visitèrent mademoiselle Anna et jugèrent sa déviation incurable. Il est bon de noter que deux ans avant l'époque où nous avons visité mademoiselle Anna, elle éprouvait des douleurs constantes dans le lieu indiqué ; elles étaient quelquefois portées au point de l'obliger à garder le lit pendant une journée.

Depuis le moment de la mise en traitement, nous avons eu à noter les changements suivants :

Le 28 mai 1838, la taille est de quatre pieds neuf pouces. L'épaule gauche est dix lignes plus basse que celle du côté opposé ; les apophyses épineuses dorsales, couvertes par le sacro-spinal, s'éloignent de quinze lignes de l'aplomb près de la proéminente cervicale et concurremment avec la voussure des côtes, forment à droite une saillie convexe énorme, augmentée de celle du scapulum.

La crête de l'os des îles du côté gauche est dix lignes plus haute que la droite.

Aussitôt après la pose de l'appareil, la taille s'est élevée de six lignes. Les douleurs dont nous parlions tout-à-l'heure ont cessé d'être constantes ; elles n'ont reparu pendant deux mois environ, qu'au moment où la malade se couchait, ou bien quand on lui ôtait son appareil ; encore ont-elles été toujours en diminuant jusqu'à leur entière disparition, qui date de cinq mois.

Le dix juillet, la taille est de quatre pieds dix pouces.

Depuis le commencement du traitement, l'appétit, qui s'était presque perdu, s'est réveillé, et n'a cessé d'être bon jusqu'à présent.

Au moment de la mise en traitement, la distance de la



crête de l'os des îles à l'aisselle droite était de sept pouces deux lignes. Aujourd'hui, premier février, elle est de huit pouces. L'éloignement de la colonne à l'aplomb, mesuré comme précédemment, n'est plus que de neuf lignes et demie, et la taille de quatre pieds dix pouces cinq lignes. Notez en outre que le bras gauche est augmenté d'un pouce sur la circonférence totale prise au milieu de l'humérus.

Obs. II. — Mademoiselle Adeline, âgée de quinze ans, issue d'une mère généralement valétudinaire, mais d'un père bien portant; dès son plus bas âge, les parents s'aperçurent qu'elle était menacée de se dévier : mais la déviation a commencé surtout à devenir sensible vers l'âge de treize ans, époque à laquelle elle fut atteinte d'une coqueluche qui dura deux mois environ; à cette époque aussi, elle commença à ressentir quelques douleurs d'estomac, à éprouver de la pesanteur après les repas; enfin, les digestions se pervertirent peu à peu, et depuis quatre mois avant son entrée à la maison, l'estomac rejetait tous les aliments, de quelque nature qu'ils fussent; aussi la maigreur était-elle extrême.

Le traitement a été commencé le 14 juillet : la déviation est d'un pouce. La taille, avant la pose de l'appareil, est de quatre pieds cinq pouces; aussitôt après la pose de l'appareil, la taille s'est élevée de six lignes. La distance de l'aisselle gauche à la crête de l'os des îles est de six pouces et demi.

Quinze jours après le commencement du traitement, les vomissements ont cessé tout-à-fait; mademoiselle Adeline a pu commencer à digérer de la viande rôtie, et depuis cette époque, elle a été menacée deux fois de vomissements, à quinze jours d'intervalle à peu près; c'était six semaines

après avoir commencé à porter l'appareil, et ces menaces de vomissements ont cessé immédiatement après la pose de l'appareil, qui n'avait pu être mis de bonne heure ces deux jours-là pour cause de réparations indispensables; les digestions ne se sont pas dérangées un seul jour; et nous avons pu, depuis le mois de novembre, la laisser sans appareil un demi-jour, sans que l'estomac ait menacé de se débarrasser des aliments comme précédemment. La maigreur extrême a disparu, la taille est de quatre pieds six pouces six lignes, c'est-à-dire qu'elle a grandi d'un pouce et demi.

La déviation au premier février n'est plus que de huit pouces, et la distance de l'aisselle gauche à la crête de l'os des îles est maintenant de huit pouces et demi.

Obs. III. — Mademoiselle Adèle, âgée de quinze ans, née d'une mère morte d'une péritonite puerpérale et d'un père d'une bonne constitution, est d'un tempérament lymphatique, quoique brune, et disposée aux affections strumeuses. Ainsi, les glandes mésentériques ont toujours été engorgées, le ventre, par conséquent, très-développé; les yeux ont été souvent atteints d'ophthalmies, accompagnées de petites taies sur la cornée; au moment où nous l'avons reçue, la conjonctive palpébrale était rouge, la lèvre supérieure saillante, et le ventre tendu. Du reste, les maladies qu'elle a éprouvées sont celles communes à l'enfance: telles que rougeole et scarlatine, de petites bronchites légères et pas de coqueluche.

La déviation était de quatre lignes, datait d'une année, et se trouvait en sens opposé des précédentes, c'est-à-dire que la convexité était à gauche à la poitrine, et à droite dans la région lombaire.

Deux mois avant l'entrée en traitement, elle éprouvait

quand elle était sans corset, dans la région dorsale, des douleurs correspondantes à la convexité quand elle faisait un mouvement d'inspiration.

On a commencé à faire porter l'appareil le 14 juillet 1838 : avant son application, la taille est de quatre pieds huit pouces ; elle s'est élevée de deux lignes aussitôt qu'il a été mis en place.

Un mois après son entrée à la maison, les douleurs de poitrine mentionnées ont disparu sans retour.

La déviation a disparu complètement dans l'espace de trois mois ; et depuis quatre mois que mademoiselle Adèle a cessé de porter son appareil, nous n'avons rien aperçu qui annonçât une rechute ; il reste seulement un peu plus de développement dans les parties musculaires de la région dorso-lombaire gauche.

La taille est de quatre pieds dix pouces, et l'embonpoint extrême, puisque la malade a engraissé de 28 livres.

Obs. IV. — Mademoiselle Caroline, âgée de dix-sept ans, née de parents sains ; le père a succombé à une affection résultant de l'absorption continuelle de mercure à laquelle l'exposait sa profession de miroitier ; d'un tempérament lymphatique à l'excès. Les affections ordinaires chez mademoiselle Caroline ont été des irritations du tube digestif, accompagnées de diarrhées fréquentes et de coliques ; elle a été atteinte du croup à l'âge de six ans ; elle a commencé à être réglée il y a deux ans, c'est-à-dire qu'à cette époque, pendant une année consécutive, elle n'a pas cessé de perdre du sang, mais en petite quantité. Au bout de ce temps, le sang a cessé de couler, et continue de reparaître tous les deux ou trois mois peu abondamment pendant une huitaine de jours, et la quantité augmente sensiblement pen-

dant autant de temps pour cesser alors et ne reparaître qu'au bout de deux ou trois mois.

Le dérangement dans le rapport des vertèbres a commencé il y a deux ans, à l'époque de l'apparition des menstrues ; des douleurs lombaires ont commencé à être ressenties et l'ont tourmentée jusqu'au moment de son entrée à la maison.

La malade a été mise en traitement le 17 novembre 1838 ; peu de jours après, les règles ont paru avec la particularité mentionnée tout-à-l'heure, et les douleurs lombaires néanmoins n'ont pas eu lieu ; au premier février, l'époque menstruelle a de nouveau reparu sans retour des douleurs lombaires ; la déviation se distingue des précédentes par un développement plus grand aux lombes du côté droit, tandis que la convexité dorsale qui se trouve à gauche est à peine sensible. Cette déviation, qui est à peine marquée à la région dorsale, est un peu plus sensible aux lombes où la convexité est tournée à droite ; la taille, qui était de quatre pieds six pouces onze lignes avant la pose de l'appareil, s'est élevée de deux lignes aussitôt après. En peu de temps la colonne vertébrale a été ramenée à une rectitude parfaite, et depuis lors, comme dans le fait qui précède, la guérison ne s'est pas démentie.

Le sujet de la cinquième observation est un jeune garçon sur lequel nous nous abstiendrons de donner des détails. M. Chailly l'a mis sous les yeux de la Société ; vous pouvez comparer son état actuel avec le moule en plâtre qui représente son état primitif. En terminant, nous ferons remarquer que les deux guérisons obtenues portent sur des malades qui offraient une courbure dorsale à gauche, et chez lesquels la difformité était très-peu prononcée ; que

chez les deux qui sont encore en traitement, il y a eu : 1° élévation sensible dans la hauteur de la taille; 2° un développement assez marqué du côté gauche de la poitrine, avec saillie de l'épaule du même côté, diminution du creux qui existe entre le bord inférieur des côtes et la crête de l'os des îles ; 3° une amélioration très-prononcée dans la santé générale.

NOTE

Sur un nouveau mode d'auscultation,

Lue à la Société de médecine de Paris

PAR M. HOURMANN,

Méd. de l'hôp. Beaujon.

(Imprimée par décision de la Société.)

On sait quels documents importants fournit au diagnostic l'auscultation de la voix des malades dans l'étude de certaines affections des poumons et des plèvres ; mais on sait aussi que ce précieux moyen d'investigation est loin d'être toujours praticable. Il faut, en effet, pour que ses résultats soient obtenus, que les malades parlent et parlent haut dans la plupart des cas où son application doit être utile ; ses données feront donc le plus souvent défaut dès que les malades seront frappés d'aphonie. Or, telle est la conséquence presque forcée de toutes les lésions un peu graves du larynx. Les congestions cérébrales, l'aliénation mentale ne permet-

tent pas non plus dans beaucoup de cas d'obtenir la moindre réponse aux questions qu'on adresse; enfin, plus souvent encore la faiblesse et l'épuisement des malades rend la recherche dont il s'agit si pénible qu'il y a une sorte d'inhumanité à l'entreprendre et surtout à la poursuivre.

Un fait clinique qui a fixé mon attention, il y a quelque temps, m'a fait concevoir l'espérance que dans tous ces cas l'auscultation de la voix n'était pas encore dénuée entièrement de ressources. Mais ce n'est plus au malade qu'elle s'adresse, c'est l'observateur lui-même qui, auscultant sa propre voix retentissante contre les parois thoraciques explorées, tirera, des nuances variées de ce retentissement bien analysé, une série de signes nouveaux qui pourront suppléer à ceux que ne donne plus la voix du malade, en produisant des phénomènes, sinon identiques, du moins fort analogues.

Voici d'abord le fait clinique qui a fait naître chez moi ces idées : Un malade, reçu au n° 123 de la salle Saint-Éloi dans mon service à Beaujon, présentait, lorsque je le vis pour la première fois, une face pâle et une expression d'abattement considérable; il n'avait point de fièvre. Interrogé sur le lieu de ses souffrances, il n'indiqua que le ventre. Il y avait de la diarrhée depuis plusieurs jours. Cette diarrhée pouvait expliquer l'affaiblissement du malade; mais mon habitude étant d'ausculter tous mes malades, je fis placer celui-ci sur son séant, et, sans aucun autre examen préalable, j'appliquai mon oreille sur le côté gauche du thorax, et immédiatement je parlai. Je fus frappé du retentissement de ma voix qui me rappela tout-à-fait l'œgophonie, et de suite je déclarai que je soupçonnais un épanchement pleurétique. En effet, la percussion donna un son mat jusqu'à l'angle de l'omoplate; à ce niveau, il y avait souffle bron-

chique, et quand le malade parla à son tour sa voix vibra avec un chevrottement très-notable. Je répétai mon expérience : ma voix me donna de nouveau le retentissement particulier que j'avais perçu ; mon oreille reportée en toute hâte sur le côté droit saisit également un retentissement, mais ce retentissement avait une nuance entièrement différente.

A partir de ce moment, je résolus de continuer cette expérimentation, et depuis deux mois je m'en occupe. L'encombrement actuel de nos salles par les phthisiques des deux sexes ne m'a pas malheureusement permis de varier encore beaucoup les sujets de mes observations ; toutefois, quelques cas de pneumonie et d'épanchements pleurétiques intercurrents m'ont fourni l'occasion de recueillir plusieurs données que j'ai soigneusement enregistrées.

Du reste, une première recherche devait être faite, c'était celle du retentissement de la voix contre la poitrine des individus sains. Je m'y suis livré avec attention, et voici le sommaire de mes notes à cet égard.

« 1° Quand on applique son oreille contre la poitrine » d'une personne dont les poumons et les plèvres sont dans » un état complètement sain, si la conque de l'oreille re- » pose bien exactement sur le thorax, et qu'on vienne à par- » ler, la voix retentit et est rendue avec un murmure dont » les vibrations très-rapprochées causent un ébranlement sen- » sible à l'auricule (1). Un point important, c'est que l'o- » reille ne soit pas trop serrée contre le thorax. D'un autre

(1) On peut en avoir une idée en appliquant la paume de la main sur son oreille pendant qu'on parle ; ou mieux, la table d'harmonie d'un instrument à corde, tel qu'une guitare.

» côté, l'observateur devra faire en sorte que sa voix tra-
» verse le plus possible le pharynx et les fosses nasales, et
» résonne largement dans leurs anfractuosités.

» Comme les périphrases gênent toujours le langage, surtout
» dans les sciences, et qu'il en faut une pour exprimer toute
» idée complexe, à moins qu'on ne convienne d'adopter un
» terme qui l'exprime, je proposerai, pour désigner ce phé-
» nomène nouveau d'auscultation, les mots *autophonie* et re-
» tentissement *autophonique*; de *αντοσ*, moi-même, et *φωνεω*,
» je parle, le fait fondamental de l'exploration étant ici le
» retentissement de la propre voix de l'explorateur.

» 2° On peut distinguer dans l'autophonie le timbre et
» l'intensité du son. Le timbre, par ses variations, me pa-
» raît surtout devoir se rattacher à l'indication de l'état mor-
» bide des poumons et des plèvres ; c'est du moins ce qui
» résulte déjà bien évidemment pour moi des faits que je
» possède. Quant à l'intensité, on peut lui reconnaître dès
» l'état physiologique des nuances très-distinctes. Sans me
» permettre encore de formuler aucune loi à ce sujet, je puis
» dire que le fait qui me paraît le plus général, c'est que
» l'intensité de *l'autophonie* est en raison de la minceur des
» parois thoraciques ; son maximum correspond à la min-
» ceur la plus grande de ces parois, son minimum à leur
» plus grande épaisseur. C'est pourquoi, chez les enfants,
» l'autophonie est plus intense que chez l'adulte ; chez les
» vieillards cachectiques, elle m'a paru plus intense encore,
» ce qui démontre de suite que la texture pulmonaire joue
» un rôle important dans ce phénomène (1).

---

(1) V. le mémoire que j'ai publié avec M. Dechambre sur la ra-

» 3° J'ai dû examiner encore, sous le rapport de l'inten-
» sité de l'autophonie, les divers points d'une même poi-
» trine, et dans ce nouvel ordre de recherches, j'ai constaté
» absolument pour la voix qui vient ainsi du dehors les
» mêmes degrés qui signalent les vibrations de la voix
» qui vient du dedans de la poitrine, c'est-à-dire que les
» points du thorax où l'autophonie est le plus marquée
» sont : 1° la région sous-claviculaire ; 2° la région sus-épi-
» neuse ; 3° la région inter-scapulaire. »

Comme je l'ai dit tout à l'heure, mes observations, sous le point de vue de la pathologie, sont loin d'être fort avancées; cependant, telles qu'elles sont, elles ne laissent pas de me donner la confiance qu'elles pourront présenter plus tard un sérieux intérêt. Ainsi, dans le cas de cavernes pulmonaires, l'autophonie très-intense a manifestement le timbre caverneux. Cette intensité et ce timbre sont si prononcés chez quelques-unes de mes malades que mon oreille en est douloureusement affectée. J'ai reconnu dernièrement dans une pneumonie au deuxième degré du sommet du poumon droit un timbre bronchophonique des plus prononcés. J'ai déjà dit comment j'avais été amené à soupçonner un épanchement pleurétique; même occasion s'est présentée il y a à peine huit jours, et j'ai pu en tous points confirmer mes premières observations.

Il me reste sans doute beaucoup à faire pour être autorisé à proposer l'introduction des nouveaux signes que je recherche dans la séméiologie des organes respiratoires; j'aurais même peut-être dû attendre avant de faire cette communica-

---

réfaction du poumon chez les vieillards. (*Archives de médecine*, numéro d'août 1835.)

tion, mais il s'agit de *signes physiques* qu'on ne peut réunir en trop grand nombre autour du diagnostic des maladies internes, et j'ai cru devoir ne pas tarder à appeler l'observation sur eux.

TRAITEMENT ET GUÉRISON

D'UN COUP DE FEU QUI A TRAVERSÉ LE COU D'AVANT EN ARRIÈRE ;

Observation recueillie

PAR M. VIGNOLO,

Ex-chirurgien interne de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Le 12 mai dernier, à sept heures du soir, tandis que l'émeute ensanglantait les rues de Paris, M. Émile Rousse, âgé de vingt-quatre ans, grenadier dans la 4e légion de la garde nationale, faisait partie d'un détachement de gardes nationaux et de soldats de la ligne qui marchait contre les insurgés de la rue St-Denis. Déjà deux barricades élevées à l'entrée de la rue de la Ferronnerie et au marché des Innocents avaient été enlevées, et l'on attaquait la troisième située à la hauteur de la rue Aubry-le-Boucher, lorsque M. Émile fut atteint d'un coup de feu. Soutenu aussitôt par deux de ses compagnons d'armes, il est transporté, baigné dans son sang, au poste la mairie, place du Chevalier-Duguet.

C'est là qu'on a pu reconnaître le siége de sa blessure, et que les premiers soins lui ont été donnés par M. Levacher, docteur en médecine, qui demeure dans le voisinage, et qu'un généreux dévouement avait fait descendre sur la place

publique, pour secourir les blessés qu'on apportait à la mairie. La balle qui a atteint M. Émile Rousse est entrée par la partie antérieure, supérieure et moyenne du cou, au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde ; elle est sortie par la partie postérieure et inférieure du cou, au niveau de la dernière vertèbre cervicale, et à un pouce environ à gauche de la ligne médiane. Elle a traversé de part en part le rouleau du havre-sac, et n'a pas été retrouvée. Il y a eu des deux côtés une hémorrhagie abondante que M. Levacher est parvenu à arrêter par une compression méthodique sur le trajet de la balle et sur les deux ouvertures.

Le docteur Cayol, médecin et ami de la famille de M. Rousse, appelé auprès du blessé, s'y rend en toute hâte avec moi. Nous traversons, non sans quelque difficulté, le quartier de la Halle, encombré de troupes, hérissé de barricades, et nous arrivons à huit heures à la mairie. Dans la crainte que le poste ne fût attaqué par les insurgés, on avait transporté le blessé dans une maison voisine, où il avait reçu la plus bienveillante hospitalité. Nous le trouvâmes dans l'état suivant :

Décubitus sur le dos, décoloration et lividité de la face ; pouls petit, filiforme, sans intermittence. Le cou, légèrement tuméfié, est entouré du premier appareil ; les battements de la carotide sont faibles, mais encore appréciables ; la voix presque éteinte ; la déglutition difficile. Le malade est en outre d'une faiblesse extrême, il crache un peu de sang, et éprouve fréquemment des lypothymies de courte durée, sans perte de connaissance. La douleur locale est sourde, et se fait plus sentir à la partie latérale gauche du cou et à la base de l'épaule, que dans le trajet du projectile. L'épaule gauche et le bras correspondant sont comme paralysés, ce

qui explique comment le malade, au moment où il a été frappé par la balle, a cru être blessé au bras. Le moral de ce brave jeune homme est excellent : il a le sang-froid d'un vieux soldat, et paraît bien moins occupé du danger de sa blessure que des inquiétudes qu'il va causer à sa famille.

Quoiqu'il eût perdu une grande quantité de sang, M. Levacher avait cru devoir lui pratiquer une saignée au bras, et en même temps il lui avait fait appliquer des sinapismes aux jambes.

Le docteur Cayol désira s'adjoindre le docteur Jules Cloquet, qui fut mandé aussitôt, et continua à voir le malade en consultation avec lui. Il fut convenu qu'on ne toucherait pas en ce moment à l'appareil, dans la crainte de renouveler l'hémorrhagie; que malgré tout le désir qu'on aurait eu de transporter le blessé dans sa famille le soir même, il était plus prudent de le laisser au moins pendant cette première nuit dans un repos absolu, dans l'immobilité la plus complète, et qu'on remplacerait par des boissons fraîches les infusions théiformes qu'il avait prises jusque-là, aussitôt que la réaction paraîtrait suffisamment établie.

Tel était l'état des choses lorsque MM. Cayol et Cloquet quittèrent le malade à onze heures du soir, en me laissant auprès de lui pour pourvoir aux accidents qui pourraient survenir pendant la nuit.

Peu d'instants après, se manifestèrent des saignements de nez qui se sont reproduits à divers intervalles.

Vers minuit, une nouvelle hémorrhagie inquiétante a eu lieu par la plaie postérieure; toutes les pièces de l'appareil et le linge du malade en ont été inondés. Je fus dès-lors obligé de découvrir les blessures que nous n'avions pas encore vues, et je m'opposai à l'écoulement du sang par l'u-

sage extérieur de l'eau hémostatique de Rabel, par des applications réfrigérantes et par une légère compression. En même temps, je réappliquai des sinapismes aux jambes, et je luttai contre la tendance au refroidissement des extrémités inférieures en y appliquant des boules d'eau chaude, et en les enveloppant d'une peau de mouton que le hasard me mit sous la main.

Tandis que nous étions obligé de soulever un peu le blessé à son séant pour renouveler l'appareil de pansement, un vomissement spontané lui fit rendre les aliments qu'il avait pris une heure et demie environ avant sa blessure; il y eut pendant le reste de la nuit des nausées fréquentes, et quelques autres vomissements peu abondants.

Ce ne fut que le lendemain à cinq heures du matin que nous lui laissâmes voir sa famille qu'il avait demandée. Il la reçut le sourire sur les lèvres, et en exprimant du geste sa satisfaction; car la parole lui était rigoureusement interdite.

Nous n'avions pu établir un pronostic exact de la blessure avant d'avoir examiné soigneusement son siége et son trajet. Ce n'a été qu'en la découvrant pendant la nuit pour m'opposer à l'hémorrhagie que j'ai pu en constater toute la gravité.

L'ouverture ou l'entrée de la balle est située à la partie antérieure et supérieure du cou sur la crête même du cartilage thyroïde; sa sortie est à la partie postérieure inférieure gauche du cou, à la racine de l'épaule, au-dessous du bord externe du muscle trapèze, et au niveau de la ligne parcourue par le muscle omoplat-hyoïdien; de sorte que le trajet du projectile est très-oblique de haut en bas, d'avant en arrière et de dedans en dehors. Cette direction une fois bien

déterminée, on peut se faire une idée assez exacte du parcours de la balle.

Entrée sur la crête thyroïdienne, la balle a sillonné à gauche le plan incliné que forme le cartilage; la mobilité du larynx, qui a fui à droite sous le choc du projectile, a favorisé son glissement sur le côté, en sorte que le larynx lui-même n'a point été ouvert, mais seulement contus. La balle a dû traverser ensuite l'espace compris entre la couche musculaire profonde du cou et le muscle sterno-cleïdo-mastoïdien, de manière à éviter, en dedans le pharynx, l'œsophage, le nerf pneumo-gastrique, la veine jugulaire interne et les apophyses transverses des vertèbres cervicales; en dehors le muscle sterno-mastoïdien et les artères carotide externe et interne. L'hémorrhagie abondante survenue immédiatement après le coup de feu a été probablement le résultat de l'ouverture des branches veineuses qui se rendent aux deux veines jugulaires et de quelques rameaux artériels provenant de la carotide et des artères thyroïdiennes.

L'obliquité de la blessure à gauche, circonstance heureuse à laquelle le malade a dû de n'avoir pas été tué sur le coup, résulte évidemment de la position qu'il avait prise pour tirer son coup de fusil en s'avançant vers la barricade, au moment où il a été blessé, et de la déviation imprimée au projectile par l'obliquité de la paroi externe du cartilage thyroïde; quant à la direction oblique de haut en bas, elle est due à la position élevée des insurgés, qui tiraient du haut de la barricade à trente pas de laquelle M. Émile a été blessé.

L'ouverture antérieure est noire, comme scarifiée. La sortie de la balle, au contraire, ne présente qu'une déchirure étoilée de la peau, sans eschare. La dimension de ces deux

ouvertures de la plaie, et celle du trou rond qui traverse le sac de part en part, montrent que la blessure a été produite par une balle de calibre.

L'inspection des vêtements baignés de sang nous a démontré qu'il ne pouvait y avoir d'autre corps étranger dans la plaie que quelques débris du col de crinoline, seule partie du vêtement que la balle ait traversé à son entrée. En arrière, au contraire, le col de la chemise et de l'habit ont été traversés par le projectile, ainsi que le sac, d'outre en outre.

Le lundi matin, 13 mai, le gonflement du cou est considérable: il est dû d'une part à la turgescence inflammatoire, d'autre part à l'épanchement du sang dans le tissu cellulaire et dans les espaces inter-musculaires du cou ; les battements de l'artère carotide, à peine appréciables, sont beaucoup moins sensibles qu'ils ne l'étaient la veille; il est survenu de la fièvre, de la céphalalgie, augmentées par le tumulte que ne cessent d'occasionner la persistance de l'émeute, le bruit des armes et celui des tambours. Le blessé, tenu à la diète la plus absolue, ne prend que de l'eau sucrée froide ; quelques hoquets accompagnés de légers vomissements se reproduisent encore dans la matinée ; ils nous paraissent dus, non à une lésion du pharynx ou de l'œsophage, puisque la déglutition s'opère et que le crachement de sang ne s'est plus reproduit, mais à la titillation de l'œsophage par le sang épanché dans le trajet de la balle ; titillation qui est transmise sympathiquement à l'estomac. Quant au sang rendu par les crachats, qu'on aurait pu attribuer d'abord à une lésion du pharynx ou du larynx, il provenait tout simplement des fosses nasales, qui ont été, comme nous l'avons

dit, le siége d'hémorrhagies répétées dans le courant de la nuit.

A midi, la tranquillité étant rétablie dans la ville, on a fait venir du bazar chirurgical de Melecot un lit mécanique portatif, sur lequel le blessé a été transporté dans sa famille, sans la moindre fatigue pour lui.

Les deux plaies ont été pansées avec des plumasseaux de charpie trempés dans l'eau végéto-minérale de Goulard froide; et des compresses imbibées de ce même liquide résolutif ont été constamment appliquées sur les parties antérieure, latérale gauche, et postérieure du cou.

Vers cinq heures, la fièvre traumatique augmente; elle est accompagnée de douleurs de tête vives; cet état s'est prolongé bien avant dans la nuit, sans que le malade ait pu reposer.

Le mardi 14, la fièvre est un peu moins forte, mais continue; la céphalalgie est moindre, mais le gonflement du cou est considérable; il masque complètement les saillies musculaires de cette région, ainsi que la saillie de la clavicule gauche comprise elle-même dans la tuméfaction. Ce gonflement est assez rénitent, il ne présente aucune crépitation emphysémateuse; il est, comme nous l'avons dit, principalement formé par du sang épanché. La douleur locale est plus vive; elle s'étend dans toute la partie postérieure du cou autour de l'oreille, et s'irradie dans les muscles de la face et autour de l'orbite. Vers six heures du soir, augmentation de tous les symptômes fébriles: agitation, malaise général, céphalalgie, pouls à 102, coloration vive des pommettes. Des boissons délayantes, des compresses d'eau froide sur le front et la plus grande tranquillité suffisent pour apaiser cet excès de réaction. Toutefois, la nuit est fort agitée; il y a insomnie, inquiétude dans les jambes;

le malade ne peut supporter long-temps la même position ; tout l'impatiente; le moindre bruit ou le plus léger mouvement l'irrite sans qu'il puisse se rendre compte à lui-même de cette irritabilité excessive.

Mercredi 15. L'agitation de la nuit a diminué peu à peu. Le pouls est descendu à 86. L'état local est à peu près semblable à celui de la veille, il ne présente d'autre différence qu'une dureté plus grande dans la tuméfaction de la région cervicale, qui transmet d'une manière beaucoup plus sensible les battements de l'artère carotide: le sang épanché semble cependant s'organiser et se réduire en caillots appréciables au toucher. Une teinte violacée se développe sur la partie inférieure du cou et à la partie supérieure gauche de la poitrine; et la nuance de cette coloration paraît indiquer que l'épanchement est formé par du sang veineux plutôt que par du sang artériel.

Vers le milieu de la journée, le trajet de la blessure commence à devenir douloureux; l'inflammation traumatique paraît s'y développer, et se décèle par une augmentation de chaleur dans toute la région cervicale, et par une douleur distincte de la douleur sourde de l'épaule et du cou, dans le trajet parcouru par la balle ; du reste, la fièvre est modérée et continue. Il survient quelques hémorrhagies nasales peu abondantes, mais assez fréquentes, avec céphalalgie vague, alternative de pâleur et de coloration de la face et des lèvres.

Vers le soir, nouveau paroxysme à peu près semblable à celui de la veille; il y a, de plus, douleur vive à la gorge, difficulté dans la déglutition et raucité dans la voix. L'inspection du pharynx ne présente autre chose que quelques traces de rougeur sans aucun gonflement aux amygdales. A la visite du soir, MM. Cayol et Cloquet prescrivent une sai-

gnée du bras de deux à trois palettes, et ne changent rien, d'ailleurs au régime. La partie malade est toujours recouverte de compresses d'eau froide avec addition de sous-acétate de plomb liquide.

Jeudi 16. Sous l'influence de la saignée pratiquée hier soir, M. Rousse a passé une nuit supportable, il y a eu un peu de sommeil, moins d'agitation; mais il s'est plaint plus que jamais de la douleur de l'épaule et du bras; la journée a été assez calme. Quelques coliques accompagnées de borborygmes ont seules troublé le mieux qu'il éprouve. (2 demi-lavements émollients, applications chaudes sur le ventre.) L'état local de la blessure est en tout semblable à celui de la veille. Cependant la douleur de gorge a sensiblement diminué, mais la voix demeure altérée; point de changement dans les prescriptions; les applications prescrites réussissent à merveille pour modérer l'inflammation traumatique qui est presque nulle.

Vendredi 17. La nuit a été bonne. Le malade a reposé plusieurs heures. La fièvre a diminué le matin de fréquence et d'intensité. Comme il n'y a eu aucune évacuation alvine depuis la blessure, on prescrit une once d'huile de ricin dans du bouillon aux herbes, et plus tard un lavement avec une décoction de son, pour calmer quelques coliques qui se reproduisent encore; deux selles abondantes et fétides en sont le résultat, et soulagent le malade. Vers une heure, le pouls s'accélère, la peau devient chaude et halitueuse, et le temps tournant à l'orage, le malade paraît en ressentir l'influence par un paroxysme fébrile très-marqué.

Samedi 18. Le gonflement du cou a un peu diminué aujourd'hui; la saillie de la clavicule et du sterno-mastoïdien commence à se dessiner; aussi tout fait croire que l'épan-

chement sanguin commence à être résorbé. Une large ecchymose jaunâtre s'étend sur toute la région cervicale, et sur la partie antérieure de la poitrine; la douleur a diminué au cou, celle de l'épaule et du bras n'a éprouvé aucun changement; un cercle inflammatoire circonscrit l'eschare antérieure qui est recouverte par un plumasseau enduit d'axonge. La plaie postérieure est dépourvue d'eschare; elle est blanchâtre, et donne depuis hier seulement issue à de la sérosité sanguinolente, dont la sortie est favorisée par la direction de la plaie et par la position du malade.

Vers trois heures, le temps tourne encore à l'orage, et le malade en éprouve de nouveau l'influence par un paroxysme de courte durée et moins fort que celui de la veille.

Dimanche 19. Continuation de l'amélioration de la veille, diminution notable de l'état fébrile; le pouls ne bat que 80 pulsations. Aucun changement d'ailleurs dans les blessures. Prescriptions: mêmes topiques, deux bouillons dans la journée.

Lundi 20. La nuit a été très-bonne, il y a absence totale de fièvre. L'état du cou et des blessures est également satisfaisant. La résorption du sang épanché continue à se faire; l'écoulement de sérosité sanieuse, qui n'a pas cessé depuis trois jours par l'ouverture postérieure de la plaie, prend un caractère de suppuration plus louable. La plaie antérieure ne laisse rien suinter, mais l'eschare est sur le point de tomber. (Deux bouillons et un léger potage.) Pour la première fois, le malade, fatigué par la position qu'il est obligé de garder dans son lit demande avec instance qu'on le lève; il passe quatre heures dans un fauteuil confortable avec un plaisir indicible.

Mardi 21. Chute de l'eschare de la plaie antérieure; la

postérieure laisse détacher des lambeaux de tissu cellulaire mortifié, et s'excave comme celle qui est produite par la potasse caustique dans l'application d'un cautère ; la suppuration qu'elle produit est mieux liée, plus homogène et de bien meilleure nature. L'ouverture antérieure de la blessure laisse pour la première fois suinter un peu de matière sanieuse dans laquelle on découvre deux petits fragments de crin. La large ecchymose dont nous avons parlé devient de moins en moins foncée, et change de nuance ; elle est d'un jaune verdâtre.

L'état général est cependant loin d'être aussi satisfaisant qu'il l'était hier. La journée semble s'annoncer moins bonne : il y a moins d'énergie, un peu de propension au sommeil ; il n'y a point d'ailleurs de fièvre. Le bon effet obtenu du lever de la veille engage à céder de nouveau aux vœux du malade. On le lève vers midi pour l'asseoir dans son fauteuil ; mais cette fois, il n'y éprouve plus le même plaisir : une somnolence invincible s'empare de lui ; il y a accablement et anéantissement complet. Un léger potage au lait est pris sans plaisir. Peu de temps après son ingestion, la fièvre, qui avait disparu depuis trois jours, se fait de nouveau pressentir par un peu de chaleur à la peau, et survient en effet vers quatre heures. Cet état de malaise, qui a obligé à recoucher le malade au bout de deux heures, a continué ainsi que la fièvre le reste de la soirée. (Limonade pour boisson.)

Mercredi 22. Nuit passable, peu de sommeil. M. Émile est toujours sous l'influence de la crise de la veille que nous avons cru devoir attribuer à l'état lourd de l'atmosphère. Il y a, en outre, une faiblesse excessive. Le pouls assez calme le matin prend plus tard de l'élévation, qu'il conserve dans la

journée; il y a inappétence pour toute espèce d'aliments, même pour le bouillon. (Diète, limonade vineuse, friction camphrée sur la partie antérieure de la poitrine.) Quant aux plaies antérieure et postérieure, elles ne présentent rien de nouveau : cette dernière est entourée d'une auréole rouge et continue à suppurer.

Jeudi 23. La nuit est, contre notre attente, très-bonne; mais, par un singulier contraste, la journée ressemble en tout à celle de mardi, quoique le malade n'ait plus quitté le lit. Faiblesse extrême, fièvre continue, exacerbations qui élèvent le pouls jusqu'à 110 pulsations; abattement, inquiétudes, assoupissement, agacements nerveux, etc. A ces symptômes se joint une céphalalgie sus-orbitaire intense qui devient quelquefois intolérable.(Diètesévère, limonade vineuse, application d'une mouche d'opium brut sur la tempe, potion tonique avec un gros d'extrait sec de quinquina, à prendre par cuillerées dans les moments de rémission de la fièvre.) Le cou présente aujourd'hui un empâtement sur sa partie latérale; les plaies suppurent, surtout la postérieure; celle de la partie antérieure donne encore issue à quelques petits débris de crin, mais la suppuration qu'elles fournissent est moins louable que les jours précédents.

Vendredi 24. Sous l'influence des prescriptions de la veille, et par suite de l'administration de l'extrait de quinquina, qui a pu agir dans cette circonstance comme modificateur du système nerveux plutôt que comme fébrifuge, le malade a éprouvé un soulagement bien marqué. La nuit a été bonne; la fièvre et la céphalalgie ont diminué, et le *facies* a repris un peu de sérénité; le pouls qui s'était élevé hier à 110 pulsations est aujourd'hui à 88. (Mêmes prescriptions, très-léger potage aux herbes.) L'empâtement ob-

servé la veille au cou persiste toujours, la suppuration fournie par la plaie postérieure est tantôt sanieuse, tantôt d'assez bonne nature.

Samedi 25. Les mauvais jours semblent décidément affecter depuis mardi une périodicité régulière. Celui-ci est encore une nouvelle représentation du mardi et du jeudi. La nuit a été troublée par des rêvasseries et par une espèce de cauchemar; la journée n'a pas été meilleure. L'ensemble des symptômes, joint cette fois à l'état local du cou, ont donné lieu de craindre une résorption purulente, une véritable intoxication; la fièvre n'est pourtant accompagnée d'aucun frisson; mais une petite toux sèche, semblable à celle qui s'observe chez les pleurétiques, ne cesse de tourmenter le blessé et redouble dans les moindres mouvements auxquels il se livre. Ce dernier symptôme inquiète surtout, comme pouvant être le résultat d'une collection purulente qui aurait son siége au-dessus du cul-de-sac que forme la plèvre au sommet du poumon, derrière la clavicule. On palpe avec le plus grand soin la partie malade, et une compression méthodiquement exercée ramène, non du sommet de la plaie, mais de la partie latérale et inférieure du cou, une fusée abondante de sanie noirâtre, véritable putrilage, résultat d'un mélange de pus et de sang altéré qui s'écoule par l'ouverture antérieure de la plaie. L'issue de cette matière retenue par des clapiers dans la profondeur du cou explique suffisamment les symptômes si graves qui ont porté le trouble dans toute l'économie, et qui ont été le résultat immédiat de la résorption purulente, comme on l'avait soupçonné. (Diète, suppression de la limonade, infusion pectorale, deux bouillons.)

Dimanche 26. L'issue de la suppuration profonde qui a

eu lieu hier a fait cesser les symptômes de résorption purulente. Aussi la journée d'aujourd'hui se présente sous des auspices bien plus favorables; la fièvre est tombée, la toux est presque nulle, le malade ressent lui-même un bien-être qui lui fait oublier ses souffrances des jours précédents. Les douleurs et l'engourdissement de l'épaule et du cou persistent seuls. A chaque pansement une compression douce ramène une nouvelle quantité de sanie brunâtre, et l'empâtement livide du cou diminue d'une manière remarquable. Vers le soir un paroxysme fébrile se manifeste encore, il est accompagné de douleurs aiguës dans la région latérale gauche du cou, avec tuméfaction et sensibilité vives. Cette fois le gonflement ne ressemble en rien à cet empâtement blafard et indolent des jours précédents; il affecte un caractère inflammatoire plus franc, et devient assez considérable pour effacer de nouveau, dès le lendemain, les saillies des muscles du cou et de la clavicule. A ce gonflement local se joint une inflammation telle au pharynx, que la déglutition devient douloureuse et difficile. (Mêmes prescriptions.)

Lundi 27. La suppuration de la plaie postérieure, qui est redevenue bien plus louable, diminue de quantité par le fait de l'inflammation vive qui a envahi le pourtour de cette plaie. Cette inflammation, de nature érysipélateuse, qui se propage sur toute la partie postérieure et latérale du cou, la rend très-douloureuse au moindre contact. Il s'y joint une douleur d'une autre nature, et beaucoup plus sourde, qui s'irradie sur toute la joue gauche et vers la tempe correspondante dans la direction des rameaux nerveux anastomotiques qui émanent du plexus cervical. (Diète, limonade, cataplasme émollient, nouvelle mouche d'opium brut sur la tempe.)

A l'état local correspond un état général analogue, c'est-à-dire un état de réaction fébrile accompagnée d'embarras gastrique. La langue est blanche et limoneuse; il y a constipation depuis la dernière purgation. (Potion purgative avec le sulfate de soude et 1 gr. de tartre stibié, qui n'opère qu'avec le secours d'un lavement de follicule de séné et de sel de cuisine.)

Mardi et mercredi 28 et 29. Amélioration générale; l'érysipèle semble diminuer un peu au cou, mais il s'étend dans le dos. La suppuration, de nature tout-à-fait bonne, reprend son cours à la plaie postérieure. En avant elle se réduit à très-peu de chose et donne issue de temps à autre à quelques petits débris de crin. (Eau magnésienne gazeuse et lavement purgatif suivi d'un bon effet; bouillon aux herbes.)

Jeudi et vendredi 30 et 31. Amélioration toujours croissante, disparition graduelle de l'érysipèle qui n'existe plus que par plaques isolées. Le cou a repris ses formes naturelles, il n'y a plus ni gonflement, ni douleur, et la suppuration de la plaie postérieure paraît tout-à-fait superficielle. En portant le doigt au pourtour, on y sent un bourrelet sous-cutané probablement dû à la cicatrice du tissu musculaire du trapèze qui a été traversé par la balle; la plaie antérieure ne donne plus de suppuration, et la cicatrice y est presque complète. On la touche de temps à autre avec le nitrate d'argent fondu. Le malade est sans fièvre. (Bouillon aux herbes, potages variés, oranges, compotes, limonade gazeuse.)

Les jours suivants, tout va de mieux en mieux : les forces et l'appétit reviennent, les cicatrices se consolident, et le 6 juin, vingt-cinquième jour de la blessure, la guérison est complète. Il ne reste plus alors, d'un accident aussi grave, qu'une altération assez prononcée de la voix, qui est encore

rauque, un peu voilée, et une sorte d'engourdissement par fois douloureux dans l'épaule et le bras gauches. Cet engourdissement, résultat de la lésion de quelques rameaux des plexus et des nerfs cervicaux qui concourent à former le plexus brachial, a cédé au bout de quelques jours à des embrocations faites avec un mélange de baume de Fioraventi, d'huile de lys et de laudanum. L'altération de la voix persiste encore; mais à un moindre degré. Si elle est due, comme on peut naturellement le penser, à la section de quelques filets nerveux provenant du pneumo-gastrique et des ganglions cervicaux supérieurs, il y a tout lieu d'espérer que l'innervation se rétablira peu à peu par les anastomoses, et que M. Émile Rousse recouvrera complètement sa voix. Une saison d'eaux thermales, et un voyage en Suisse qu'il va bientôt entreprendre, contribueront à assurer cet heureux résultat.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

Leçons de clinique chirurgicale faites à l'Hôtel-Dieu de Paris, par le baron Dupuytren, recueillies et publiées par MM. les docteurs Brière de Boismont et Marx.— 2e édit. 6 vol. in-8°.

Au premier abord, les idées de clinique et de livre imprimé semblent s'exclure. Quel est, en effet, le caractère fondamental de l'enseignement clinique? D'après la signification même du

mot, le malade avec son mal doit poser devant le maître qui parle et l'élève qui écoute; et celui qui recueille et publie la leçon ne saurait transporter dans son œuvre le modèle vivant qui en fait l'élément essentiel. Est-ce donc à dire qu'une leçon clinique, quelque brillante, quelque substantielle qu'elle soit, ne puisse survivre au moment qui l'a vue se produire, et que la réputation du professeur, comme celle d'un grand acteur, coure la chance de n'avoir pas plus d'avenir et de durée que le souvenir de la génération contemporaine qui a été admise à entendre sa parole, et aurait pu seule en tirer profit? Heureusement il n'en est point ainsi. Le sujet est ici de nature à être reproduit, et cette reproduction exécutée en face même des faits par le professeur lui-même, ou par des élèves qui ont ouï sa parole et suivi sa pratique, a toujours sur un livre dogmatique l'avantage qu'un portrait fait d'après nature a sur une copie. La forme n'est pas non plus la même dans ces deux sortes d'écrits; elle est en quelque sorte inverse. Le traité dogmatique appelle, à l'appui des doctrines qu'il expose dans un ordre didactique, les faits qu'il pourrait même à la rigueur omettre de citer. L'ouvrage clinique, au contraire, remonte des faits aux doctrines, qui n'en sont pour lui que l'expression et la conséquence. Considérés sous le point de vue de l'enseignement, ces deux modes ne sont autres que la synthèse et l'analyse. L'un a pour lui, dans ses résultats pour l'instruction, la rapidité; l'autre la solidité. Tous deux, du reste, se prêtent dans cette vue un mutuel secours, et on peut dire que leur réunion est indispensable pour former le savant médecin et l'habile praticien.

Ç'a donc été une idée heureuse et une entreprise utile que la publication des leçons orales de Dupuytren, de

l'homme qui, par le succès de sa pratique et l'éclat de son enseignement, a dominé, je dirais presque effacé quelque temps toutes les renommées contemporaines. Une première édition de ces leçons avait été publiée du vivant même de Dupuytren par MM. les docteurs Buet, Brière de Boismont et Paillard, aidés dans leur collaboration par MM. Fournier d'Arras et Marx. Ce dernier, qui n'avait pris alors qu'une part secondaire au travail, tout en fournissant, de l'aveu de son maître, de riches et nombreux matériaux, en a pris une bien plus active et bien plus large à la publication de cette seconde édition. Cette collaboration a valu à l'ouvrage de nombreuses additions. M. Marx, possesseur de toutes les notes manuscrites de Dupuytren, initié à tous les détails de la pratique particulière de ce grand chirurgien, a pu enrichir le recueil d'une foule de faits ignorés du public médical. Les immenses collections d'observations de l'Hôtel-Dieu mises à la disposition des éditeurs, ont été pour eux une riche mine où ils ont pu puiser. Aussi, cette édition est-elle d'un tiers au moins plus étendue que la première. Indépendamment de ces additions, les auteurs y ont joint une notice intéressante sur Dupuytren. Qui ne serait curieux, parmi ceux qui ont vu et suivi le professeur et le chirurgien, de connaître aussi l'homme, et d'assister à quelques scènes de sa vie privée. Certains lecteurs trouveront peut-être cette notice trop exclusivement louangeuse, et pourront dire qu'elle sent trop l'amitié et le dévouement. Ce n'est pas nous, toutefois, élève du même maître, qui ferons ce reproche aux rédacteurs. Admirateur comme eux des hautes qualités de Dupuytren, nous voudrions, ce qui n'est pas possible, voir l'homme supérieur ne payer aucun tribut aux faiblesses de l'humanité.

Dupuytren, toujours préoccupé de son art, n'en a pour ainsi dire laissé aucun point échapper à ses réflexions et à ses idées incessantes de perfectionnement et de progrès. Aussi, pour signaler tout ce qui lui est propre en chirurgie, est-on obligé d'en parcourir le tableau dans tous ses détails. Sans doute tous ses travaux n'ont pas la même importance, mais partout on rencontre une amélioration ou une voie ouverte pour y arriver. On lui a souvent contesté l'invention ou la priorité de certaines méthodes et procédés opératoires. On a pu, en effet, retrouver la trace ou le principe de quelques-uns dans des écrits antérieurs, mais à coup sûr ce n'était pas là la source où Dupuytren les avait puisés. Ce n'était pas avec des livres, mais avec sa tête qu'il travaillait. Dans tous les cas, parmi les inventions que personne aujourd'hui n'oserait lui disputer, il en est une qui suffirait pour l'immortaliser : c'est son traitement des anus contre nature, et l'entérotomie appliquée avec tant de succès à la cure de cette dégoûtante infirmité.

Dupuytren lisait peu, il a peu écrit. Ses immenses occupations ne lui en laissaient pas le temps. Il a cependant laissé quelques mémoires que les rédacteurs de ses leçons ont eu l'heureuse idée d'insérer dans cette nouvelle édition. Sa thèse sur la taille, devenue presque introuvable dans le commerce de la librairie, son mémoire sur la fracture du péroné, etc., etc., ont été reproduits textuellement dans le livre que nous avons sous les yeux.

Il était difficile d'exposer des leçons cliniques suivant un plan systématique ; la nature du sujet ne le permet guère. Les auteurs ont pourtant fait, dans cette seconde édition, ce que Dupuytren faisait quelquefois lui-même dans ses leçons orales. Lorsque l'Hôtel-Dieu lui présentait à la fois un bon

nombre de maladies du même genre, il en faisait l'objet d'un examen simultané, et formulait devant son nombreux auditoire les généralités de la science, d'autant mieux comprises alors qu'on avait sous les yeux les faits de détail qui leur servaient de base.

Autant que cela a été possible, les rédacteurs des leçons ont rapproché les sujets analogues, et on ne voit plus guère dans cette nouvelle édition, de ces accollements disparates qu'on observait dans la première, où le lecteur passait de l'histoire de la cataracte à l'engorgement du testicule, des plaies du cœur aux anus contre nature. Indépendamment de ce que cela à de peu satisfaisant pour l'esprit, le livre perd nécessairement de son utilité, lorsque le défaut absolu d'ordre dans la distribution des matériaux ne laisse au lecteur aucun point de repère. C'est un dictionnaire sans l'ordre alphabétique. Précisément aussi, en raison de cette impossibilité d'établir un classement méthodique de matériaux si nombreux et si divers, l'ouvrage qui les renferme aurait besoin de tables rédigées avec un soin tout particulier. Nous sommes fâchés que les auteurs n'en aient point composé sur le modèle de celles qui terminent le recueil de Morgagni, *De sedibus et causis, etc.*, et qui permettent de retrouver tout de suite les sujets principaux, et surtout les faits importants disséminés dans l'ouvrage. C'est un complément d'une utilité trop manifeste pour que MM. Brière et Marx hésitent à l'ajouter à leur publication, dont deux volumes n'ont pas encore paru.

Une partie importante de cette édition est constituée par deux volumes sur les blessures par armes de guerre. C'est la réimpression du traité publié en 1834, et auquel les auteurs ont ajouté un chapitre écrit sous la dictée de Dupuytren, et

relatif à l'action des projectiles sur chacun des tissus en particulier. Nous n'avons rien à ajouter à l'analyse qui fut faite de ce traité spécial, lors de sa première apparition, par M. Robert (voir la *Revue*, janvier 1835, p. 83, et novembre 1836, p. 299). Nous lui ferons seulement un reproche que mérite du reste tout l'ouvrage, de ne pas s'être assez renfermé dans les idées et les doctrines du maître, et de contenir semés çà et là une foule de détails et de faits curieux sans doute, mais qui ne sont pas en leur lieu et place, et qu'on est étonné de rencontrer dans des chapitres où il s'agit de tout autre chose. C'est ainsi, pour en donner un exemple entre mille, qu'on trouve, à propos de plaies d'armes de guerre, l'étranglement de la verge par l'introduction forcée d'anneaux métalliques ou de bobèches de chandeliers, les piqûres d'insectes venimeux, de serpents, d'abeilles, etc. L'histoire dit bien qu'au siége de Massa les assiégés précipitèrent sur les assiégeants des ruches d'abeilles; mais est-ce une raison pour considérer les piqûres de ces insectes comme des blessures par armes de guerre? Quelle est alors la blessure qu'on ne pourrait pas ranger dans la même catégorie! Ce défaut du livre que nous examinons, si riche d'ailleurs en faits chirurgicaux de tout genre, nous fait réclamer avec plus d'instance la table analytique étendue dont nous parlions tout-à-l'heure, et sans laquelle une multitude d'observations intéressantes resteront pour ainsi dire perdues dans une sorte de chaos inextricable. Se refuser à ce travail, c'est forcer le lecteur à le faire lui-même et compromettre la fortune du livre, et nous serions fâchés qu'il n'eût pas tout le succès que doivent lui assurer le zèle laborieux des rédacteurs et le grand nom chirurgical qui se rattache à leur œuvre.

CORBY.

Traité de médecine opératoire, bandages et appareils, avec planches explicatives intercalées dans le texte; par le D[r] Ch. Sédillot, professeur de médecine opératoire au Val-de-Grâce, agrégé de la Faculté de médecine, chevalier de la Légion-d'Honneur, de l'Ordre de Pologne, etc. — Première partie, in-8°.

A mesure qu'une science fait des progrès et acquiert de l'étendue, il devient nécessaire de lui faire subir des coupes et des divisions pour en faciliter le partage aux intelligences humaines qui ne pourraient en embrasser tout l'ensemble. La commodité, la promptitude de l'enseignement rendent même souvent utile, indispensable, l'étude séparée de certaines parties d'une même science dont la connaissance ne saurait souffrir cet isolement. C'est ainsi que, dans nos écoles, on enseigne la matière médicale indépendamment de la médecine, la médecine opératoire isolément de l'histoire des maladies chirurgicales. On comprend très-bien que dans cette dernière branche des sciences médicales, il y a une partie toute mécanique qu'on ne saurait apprendre dans les livres, ni même à voir faire les autres. Il faut nécessairement s'exercer soi-même sur le cadavre, ou sur les animaux vivants, à la pratique des opérations qu'on est appelé plus tard à exécuter sur l'homme malade. C'est là le seul moyen d'acquérir cette habileté de la main, cette habitude anatomique, cette présence d'esprit, ce sang-froid, sans lesquels il n'y a pas de chirurgien. Or, pour se livrer à cette étude, l'élève a besoin d'un double guide, d'un maître qui opère sous ses yeux, le fasse opérer en sa présence, dirige sa main, et d'un livre qui lui conserve écrit les pré-

ceptes du maître, les lui rappelle, et lui permette de répéter les leçons en son absence pour arriver enfin à marcher seul. Il eût été peu commode d'aller chercher la description des procédés opératoires dans les traités complets de chirurgie, ouvrages souvent volumineux, et où la partie mécanique de l'art n'est pas toujours traitée avec les détails et la brève précision nécessaires à l'élève qui veut par-dessus tout éviter les pertes de temps. De là, la nécessité des manuels d'opérations, des traités spéciaux de médecine opératoire.

Mais pour que ces sortes d'ouvrages atteignent complètement leur but, il faut encore qu'ils soient doués d'un genre de mérite particulier. « Il est à peu près impossible en chi-» rurgie, comme le dit M. Sédillot, de s'adresser avec le » même succès au savant, au praticien et à l'élève. Le pre-» mier n'apprécie que les découvertes nouvelles et les tra-» vaux qui y ont trait (il eût pu ajouter, et les recherches » d'érudition); le second s'arrête aux procédés sûrs et appli-» cables; et le troisième réclame des doctrines toutes faites » et des préceptes clairs, précis, faciles, qu'il n'ait qu'à re-» tenir et à adopter. » Convaincu, comme l'auteur du livre que nous examinons, de cette vérité, nous ne craindrons pas d'ajouter qu'il y a tout à gagner pour l'élève, quand le maître qui le dresse à la pratique des opérations joint à l'habileté toute mécanique de la main l'habitude et l'expérience du praticien. Car, à pareille école, il apprendra de bonne heure à préférer le solide et l'utile à ce qui n'est souvent que brillant et inapplicable. C'est précisément cette qualité dominante dans la personne et le livre de M. Sédillot qui donne à son œuvre, suivant nous, une certaine supériorité sur quelques publications contemporaines qui s'en rapprochent beaucoup, du reste, par le fond et la forme, et

ne sont cependant pas non plus sans mérite. Il faut, par exemple, être vraiment chirurgien et chirurgien de bonne foi, pour ne pas se laisser aveugler par la simplicité brillante d'un procédé opératoire dont on est le père, et lui en préférer d'autres que la pratique a sanctionnés. C'est pourtant là un trait d'abnégation paternelle dont on ne saurait trop louer M. Sédillot. Il déclare préférer pour la ligature du tronc brachio-céphalique le procédé de Mott à celui qu'il a imaginé lui-même, malgré la préférence accordée à ce dernier par M. Manec, et sur celui de Mott, et sur celui de M. King, même avec les modifications que lui a fait subir M. Velpeau. Nous nous hâtons de dire ici, à propos de ce dernier chirurgien que nous n'avons pas prétendu établir un parallèle entre son Traité de médecine opératoire, plein de recherches d'érudition et de savants développements, avec le livre de M. Sédillot, qui est écrit dans un tout autre but et s'adresse principalement aux élèves. On pourra voir, d'ailleurs, dans l'introduction du traité que nous avons sous les yeux, la place que l'auteur a prétendu faire occuper à son travail au milieu des publications contemporaines sur le même sujet, et ce qui l'en distingue essentiellement. Cette même introduction est consacrée surtout à des considérations générales sur les causes des progrès de la chirurgie depuis la fin du dix-septième siècle, à l'examen des diverses classifications des opérations, à l'exposé de celle de l'auteur, et de la division de son ouvrage. Elle contient, entre autres excellents conseils adressés aux élèves, ceux de joindre la fréquentation des hôpitaux aux exercices sur le cadavre et aux expériences sur les animaux vivants. C'est aussi une idée heureuse et qui appartient à M. Sédillot, que d'injecter d'un liquide coloré les vaisseaux des

corps destinés aux opérations. Malgré tout ce que paraîtrait avoir de plus naturelle la classification fondée sur le rapprochement des méthodes et procédés opératoires analogiques et similaires, toutes les tentatives faites dans ce sens ont été encore bien loin du but qu'on se proposait, et force a été d'en revenir à l'ordre anatomique. C'est celui qu'a adopté, avec beaucoup d'auteurs antérieurs et contemporains, et entre autres M. Boyer et M. Velpeau, le professeur du Val-de-Grâce. Quant à son ouvrage, il est divisé ainsi qu'il suit :

La première partie, seule publiée, comprend les bandages, appareils et pansements, les opérations simples, celles qu'on désigne sous le nom de petite chirurgie, puis toutes celles qui s'appliquent au tissu vasculaire et qui ont pour but de suspendre momentanément ou définitivement la circulation dans les vaisseaux artériels, veineux ou capillaires.

La seconde partie sera consacrée aux maladies du système osseux et aux opérations qu'elles nécessitent, telles qu'amputations, résections, trépanations, etc.

La troisième contiendra les opérations applicables aux appareils des sens, et la quatrième celles qui s'exécutent sur les appareils gastro-pulmonaire et génito-urinaire.

Parmi les améliorations de forme que nous félicitons M. Sédillot d'avoir adoptées dans la confection de son ouvrage, nous citerons les nombreuses images gravées sur bois dont il a semé son texte, les notes marginales qui y sont ajoutées, le titre des opérations répété en tête de chaque page, une table analytique et une seconde table alphabétique qu'il promet de donner à la fin de l'ouvrage. Les illustrations intercalées et les titres marginaux ne sont point, comme on sait, chose nouvelle : c'est une vieille utilité remise en vogue :

Multa renascuntur quæ jam cecidêre.

Il y a plus d'un emprunt de ce genre que nous pourrions faire avec avantage à nos devanciers ; c'est surtout dans un traité de médecine opératoire qu'il est bon de mettre sous les yeux du lecteur un dessin d'instruments, de parties et de manœuvres qui facilitent l'intelligence d'une description souvent insuffisante. Ambroise Paré, Dionis, Fabrice de Hilden, Fabr. d'Aquapendente, J.-L Petit, etc., avaient ainsi semé leurs ouvrages de dessins, qui, tout imparfaits qu'ils étaient, concouraient cependant beaucoup à élucider le texte. Nous pourrions peut-être reprocher à plusieurs de ceux de M. Sédillot de manquer de cette netteté de trait dont ils avaient d'autant plus besoin que leur petite dimension amène plus facilement la confusion. Elle deviendra inévitable par la multiplicité des épreuves si son ouvrage a tout le succès qu'il nous paraît mériter.

Après avoir ainsi donné une idée générale du plan adopté par M. Sédillot et du caractère spécial de son ouvrage, le suivrons-nous dans les détails d'exécution, et passerons-nous en revue successivement les nombreux objets qui y sont traités ? La tâche serait longue et dépasserait de beaucoup les bornes imposées à notre article. Nous nous contenterons de dire que rien d'important n'a été oublié dans son livre pour le mettre au courant de la science ; que tous les procédés opératoires nouveaux qui sont susceptibles d'une application réelle y sont appréciés sous le point de vue pratique avec cette impartialité et cette justesse de vues que possède seul celui qui a mis la main à l'œuvre et a acquis l'expérience au lit des malades.

Ainsi, on trouvera dans le chapitre des bandages et appa-

reils une exposition claire et suffisante de tout ce qu'on a compris sous le nom de bandages inamovibles, et une appréciation exacte des procédés anciens à cet égard et des modifications que leur ont fait subir de nos jours MM. Larrey, Seutin, Bérard, Velpeau, Laugier, Diffenbach, soit sous le rapport de la confection des bandages, soit sous celui des matières employées à leur donner l'inamovibilité. Il en est de même des méthodes hyponarthéciques de MM. Sauter et Mayor.

Nous signalerons au chapitre des opérations simples la cautérisation ponctuée appliquée avec succès par M. Sédillot lui-même à des phlébites des veines des membres, d'après les idées de M. Larrey, qui a plus d'une fois arrêté les progrès de phlébites graves du moignon des amputés par la cautérisation de sa surface.

Dans la section de la petite chirurgie, à propos de la saignée, tout en donnant la préférence à la lancette sur le phlébotome, M. Sédillot pense que ce dernier instrument peut la remplacer avantageusement dans une main peu exercée. Nous ne sommes point de son avis, et nous croyons au contraire qu'un instrument à ressort dont on n'est pas maître d'arrêter ou de modérer le mouvement, ne doit pas par cela seul être confié à des mains inexpérimentées ; il vaut mieux s'exposer à quelques saignées blanches ou mal faites, que de courir la chance d'accidents plus graves produits par un instrument aveugle.

M. Sédillot dit que l'usage de la bande de laine rouge est à peu près abandonné dans la pratique de la saignée. Nous eussions voulu lui voir faire un précepte rigoureux de cet abandon. C'est un usage malpropre et dangereux d'appliquer à nu sur tous les bras successivement un même

lien, et d'une étoffe aussi conservatrice des virus et des miasmes que la laine. Nous avons vu une petite vérole communiquée, selon toute apparence, par cette voie.

Parmi les causes des saignées blanches, il eût pu noter la piqûre des veines oblitérées qui ont conservé un certain volume et forment un relief sensible sous la peau. Il arrive aussi quelquefois chez des personnes très-grasses que des traînées de tissu cellulaire graisseux représentent tout-à-fait au pli du bras la saillie des veines dont elles dessinent le trajet, et offrent une sorte de rénitence élastique qui simule à s'y méprendre la fluctuation veineuse. Ce sont là des cas où il est bien essentiel de constater l'ondée sanguine par une pression exercée du poignet vers le pli du bras, pendant qu'un doigt appréciateur reste doucement appuyé sur ce qu'on prend pour la veine.

M. Sédillot signale l'accident du bris de la lancette contre les os dans la saignée de pied. Nous ne nions pas les conséquences qui pourraient en résulter, et nous pensons qu'il faut tout faire pour les éviter ; mais nous devons à la vérité de dire qu'étant élève dans les hôpitaux, nous avons été témoins maintes fois de ce fait, et qu'il nous est arrivé à nous-même alors de laisser dans les os, ou plutôt dans le périoste et les tissus fibreux qui les recouvrent, l'extrémité de la pointe de nos lancettes, sans que la saignée tardât plus à se fermer et qu'il en résultât ni accidents ni douleurs, soit immédiats, soit consécutifs. On pense bien toutefois que les suites doivent être subordonnées au volume de la partie brisée et formant un corps étranger. Dans tous les cas dont nous parlons, le fragment était presque imperceptible.

On a souvent cherché à évaluer la quantité de sang évacué par les sangsues. M. Sédillot signale lui-même la diffi-

culté de cette appréciation. Il nous semble pourtant qu'il y aurait un moyen bien simple de l'obtenir d'une manière à peu près exacte, ce serait de peser les sangsues avant leur application et après leur chute.

Doit-il être quelquefois indispensable d'avoir recours à un point de suture entrecoupée, proposée par M. Sédillot, pour suspendre l'écoulement du sang par une morsure de sangsue? Jamais nous n'avons été dans le cas de rencontrer cette nécessité, ni entendu dire qu'on ait été obligé de la subir.

Comme inventions ou observations propres à notre auteur dans le domaine de la petite chirurgie, nous signalerons son aiguille destinée à agrandir la plaie des sétons rétrécie par l'inflammation, et la rareté du succès de l'opération de la vaccine pratiquée chez les adultes dans les hôpitaux militaires.

Nous ne dirons rien de tout ce qui a trait aux plaies d'armes à feu et à l'extraction des corps étrangers; nous avons assez fait voir dans notre examen de la campagne de Constantine du même auteur, combien il avait su joindre la pratique au précepte dans cette partie importante de la chirurgie militaire. Il a montré ici la curieuse ressemblance de certains tire-balles déjà fort anciens avec les litholabes imaginés de nos jours par les lithotriteurs.

Enfin, le dernier chapitre de cette première partie du *Traité de médecine opératoire* de M. Sédillot comprend, sous le titre d'hémostasie, tout ce qui est relatif à la suspension momentanée ou permanente du cours du sang dans les vaisseaux, et par conséquent la description de tous les instruments et de toutes les opérations applicables au traitement des hémorrhagies, des anévrismes, des varices et des tumeurs

érectiles. Les divers modes de compression médiate ou immédiate à l'aide des doigts, de bandages variés, d'instruments compresseurs, de garrots, tourniquets, de ligature, de presse-artère, la torsion, la mâchure, la perplication des vaisseaux, l'acupuncture, l'électro-puncture, etc., etc., sont tour à tour examinés et appréciés d'une manière générale comme moyens hémostatiques.

La ligature des artères est ensuite l'objet d'une étude particulière. Les méthodes *anciennes* d'*Anel*, de *Brasdor*, appliquées au traitement des anévrismes, sont considérées sous le rapport de la préférence générale ou relative qu'on doit leur accorder. Enfin, les divers procédés opératoires employés pour mettre à nu chaque artère en particulier, l'isoler des veines, nerfs ou autres parties qui y sont accolées, et la comprendre seule dans une ligature, forment le complément de tout ce qui regarde l'hémostatique artérielle et le traitement des anévrismes.

Parmi ces procédés multipliés, dans le détail desquels il ne nous est pas possible d'entrer, plusieurs sont propres à M. Sédillot. Nous nous contenterons de signaler ses deux procédés pour la ligature du tronc brachio-céphalique, dont le second peut s'appliquer avec le même avantage à la ligature de la carotide primitive, de l'origine de la sous-clavière et des principales branches qui en partent, telles que la thyroïdienne inférieure et la vertébrale. C'est ce procédé dont nous avons déjà parlé, et dont la supériorité vantée par M. Manec paraît controversable à M. Sédillot dans ses applications sur l'homme vivant. Son principal caractère consiste à aller chercher l'artère innominée au fond d'une incision verticale pratiquée entre les deux portions du muscle sterno-mastoïdien.

Malgré la préférence que mérite la double ligature de l'ar-

tère brachiale au-dessus et au-dessous de la plaie artérielle dans les blessures de ce vaisseau au pli du bras, la méthode d'Anel a cependant aussi réussi dans ce genre de lésion. M. Sédillot en cite trois exemples, dont un appartient à M. Lacretelle, et consiste dans un cas d'anévrisme variqueux ancien ; un second, dû à M. Gama, a pour objet une blessure du tiers inférieur de la même artère ; dans le dernier, personnel à M. Sédillot, une gangrène du pli du bras causée par une compression mal faite ne permettait pas d'autre conduite que la ligature vers le tiers supérieur du bras. Le traitement des varices et des tumeurs érectiles est le dernier point traité par M. Sédillot. La compression palliative au moyen des divers bandages, la compression portée jusqu'à la mortification et prétendue curative avec les pinces de MM. Sanson, Breschet, Landouzy ; avec l'épingle et le fil entortillé de M. Velpeau, la ponction, l'excision, l'incision, la ligature, l'acupuncture, la suture, etc., etc., constituent pour la cure des varices autant de méthodes ou procédés dont l'abondance est malheureusement en rapport direct avec la rareté des guérisons. La pince de M. Breschet, qui a fait pendant quelque temps tant de bruit dans le monde chirurgical et dans les académies, n'a peut-être pas un seul exemple de succès à produire en sa faveur. M. Sédillot cite un jeune homme dont le scrotum est couturé de longues et profondes cicatrices produites par l'application réitérée de cette pince, et dont le varicocèle n'a pas éprouvé la plus légère diminution.

Ce que nous venons de dire, relativement au peu de succès des moyens employés dans le traitement des varices, s'applique aussi à une foule de procédés plus ou moins ingénieux imaginés pour la cure des tumeurs érectiles. A moins

que l'étendue et la position de ces tumeurs ne permettent de les extirper ou de les détruire en totalité à l'aide de l'instrument tranchant, de la ligature ou de la cautérisation, on ne peut trop compter sur les ligatures des troncs artériels qui leur portent le sang, ni sur les applications réfrigérantes, les piqûres multipliées, les injections irritantes, la compression, etc., etc.

L'ouvrage de M. Sédillot n'est pas seulement remarquable par la précision et la clarté de ses descriptions. Les réflexions dont il ne manque jamais de faire suivre l'exposition des divers moyens curatifs, sous le titre d'*appréciation*, décèlent le praticien, qui, quoique jeune, a déjà beaucoup vu et bien vu. Les élèves qui achèteront son livre, et nous les engageons tous à le faire, attendront avec impatience les trois autres parties que l'auteur nous promet. Il nous tarde aussi d'en rendre compte, si nous avons autant de bien à en dire que de celle qui est sous nos yeux.

CORBY.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS.

Hémorrhoïdes et fissures de l'anus. — Principes fondamentaux du cathétérisme. — Emploi du sirop de goudron en médecine. — Action révulsive de la diurèse dans quelques maladies de l'enfance. — Frictions de sulfate de quinine dans les fièvres intermittentes des enfants. — Fractures comminutives des membres et plaies des grandes articulations. — Atrophie du globe de l'œil. — Boîte métroscopique.

Gazette médicale (Juin 1839).

Considérations pratiques sur les hémorrhoïdes et les fissures

à l'anus; par A.-J. Jobert (de Lamballe), chirurgien à l'hôpital St-Louis, etc. — Les tumeurs hémorrhoïdales internes peuvent exister pendant un espace de temps variable, sans donner lieu à d'autres symptômes qu'à des douleurs plus ou moins vives, accompagnées de gêne dans la défécation; mais ces tumeurs s'ulcèrent souvent, ou bien elles dégénèrent; alors la muqueuse du rectum se renverse : des écoulements sanguins ou séro-purulents épuisent les malades, et une opération chirurgicale devient nécessaire. Divers procédés opératoires ont été successivement proposés. Il est inutile de les rappeler : voici celui auquel a eu recours déjà un grand nombre de fois M. Jobert.

Après avoir, par l'administration d'un lavement ou en faisant faire au malade des efforts de défécation, provoqué l'issue des tumeurs hémorrhoïdales, le médecin les saisit avec des pinces-érignes, de manière à les maintenir au dehors pendant tout le temps nécessaire à l'opération ; avec un bistouri convexe, conduit en dédolant de dedans en dehors, il les divise lentement, et à mesure qu'un vaisseau fournit du sang, il en opère la ligature au moyen d'un fil simple, ayant le soin de lier non-seulement toutes les artères, mais encore toutes les veines un peu considérables. Si, au bout de quelques instants, la crispation déterminée par la douleur ayant cessé, et le cœur ayant repris sa force d'impulsion, la plaie bien épongée ne fournit plus de sang, on peut alors l'abandonner à elle-même sans crainte. Le malade n'éprouve que de légers symptômes inflammatoires, et la guérison ne se fait pas long-temps attendre.

Boyer ayant considéré la fissure à l'anus comme le résultat d'une contraction spasmodique du sphincter, fut amené à regarder l'incision comme la première indication thérapeutique. M. Jobert pense que la contraction du sphincter, loin d'être la cause de la fissure, est au contraire la consé-

quence de la douleur qu'elle occasionne ; aussi voici le procédé opératoire qu'il emploie :

Après avoir déplissé l'anus de manière à mettre la fissure complètement à découvert, il saisit avec des pinces la membrane qui tapisse son trajet, et l'incise dans toute son étendue avec une petite portion des parties molles sous-jacentes, au moyen d'un bistouri porté en dédolant, ou de ciseaux droits ou courbes ; à l'aide de cette perte de substance si peu considérable, la fissure est ramenée à l'état d'une plaie simple ; la douleur occasionnée par le contact des deux lèvres n'existant plus, la contraction qu'elle déterminait cesse également. M. Jobert a mis en usage ce procédé un grand nombre de fois, avec un plein succès.

II. *Principes fondamentaux du cathétérisme ;* par M. le docteur Mathias MAYOR, de Lausanne.

1° Le corps le plus propre à produire la pression mécanique des parois de l'urètre qui est souvent le but du cathétérisme, doit être ferme et dur.

2° Le métal se recommande donc sous le premier point de vue.

3° Il faut le choisir parmi ceux qui ne sont ni trop cassants, parce qu'il doit agir avec force, ni trop flexibles, pour qu'il ne plie pas mal à propos sous la force motrice.

4° Il doit être susceptible d'un très-beau poli, afin de glisser plus facilement et d'irriter les tissus le moins possible par la pression et le frottement.

5° Il importe que ce métal soit, en même temps, à bas prix, et par là, à la portée du plus grand nombre des chirurgiens et des malades.

6° Le diamètre du cathéter doit être en rapport avec la faculté d'expansion du canal urétral ; et la force à imprimer à ce compresseur sera de même proportionnée au

volume de ce dernier, et aux résistances qu'il aura à vaincre.

7° Plus l'instrument sera volumineux, plus aussi son action sera puissante.

8° Plus cette action aura été brusque, quoique momentanée ou temporaire, plus aussi son résultat immédiat sera durable.

9° Puisqu'il s'agit d'une simple pression, l'extrémité comprimante de l'instrument doit, pour faire une impression plus forte sur les parois urétrales, être émoussée, arrondie et assez volumineuse; car si elle était pointue, elle ne manquerait pas de s'arrêter à la plus petite inégalité de ces parois, ou de les percer, ou de se replier sur elle-même, si elle était poussée avec quelque force.

10° On pourra, au contraire, agir avec d'autant plus de vigueur que le cathéter sera plus volumineux, et qu'un gros calibre est la meilleure garantie contre les dangers d'une fausse route.

11° Si l'on doit faire usage du cathéter dans tous les cas où la pression peut être utile, comme moyen préventif, curatif ou palliatif, il faut aussi recourir à d'autres médications lorsque cette pression est impuissante ou contre-indiquée. Mais les moyens d'exception auxquels, dans ces cas, on aura recours, ne devront avoir qu'un temps bien court, et être bientôt remplacés par des agents compressifs, en dehors desquels, selon M. Mayor, il n'est point de traitement salutaire possible.

A. F.

L'Expérience (Juillet 1839).

Emploi du sirop de goudron en médecine. — Ce sirop doit

être préparé de la manière suivante : sur quatre parties de goudron, mettez une partie d'eau de rivière bouillante, entretenez le tout pendant vingt-quatre heures par un bain-marie à une température de 60°, en ayant soin d'agiter de temps en temps; puis laissez refroidir ; décantez et filtrez. Faites dissoudre à froid deux parties de sucre, et filtrez de nouveau. — Une cuillerée de ce sirop représente une verrée d'eau de goudron, telle qu'on l'a toujours préparée. — Il s'administre à la dose de trois ou quatre cuillerées par jour, soit seul, soit coupé avec des tisanes appropriées, soit combiné avec d'autres substances pharmaceutiques, ou ajouté à des potions ou loochs. Le sirop pur paraît être d'un effet plus certain.

M. le docteur Péraire, dans un mémoire inséré dans le *Bulletin médical du midi*, rapporte plusieurs observations intéressantes qui démontrent l'efficacité de ce sirop dans les affections catarrhales chroniques de la muqueuse gastro-pulmonaire et de celle de la vessie. ***

Bulletin de thérapeutique (15 et 30 Mai 1839).

I. *De la diurèse considérée comme action révulsive dans quelques maladies de l'enfance.* — Après avoir rappelé combien est vive, synergique et puissante la réaction vitale dans les maladies du jeune âge, et combien la spontanéité des mouvements médicateurs doit rendre sobre de moyens thérapeutiques, l'auteur s'appesantit plus particulièrement sur certains phénomènes souvent liés au travail de la dentition. Le bienfait si généralement apprécié de la diarrhée dans cette circonstance, a porté l'auteur à se demander si, dans le cas d'insuffisance d'excrétions alvines, la sécrétion urinaire ne pour-

rait pas être utilement activée. Il a mis cet aperçu en pratique sur quelques enfants dont la dentition s'opérait d'une manière fâcheuse, et le résultat de ses essais l'a déterminé à fixer l'attention de ses confrères sur l'indication des diurétiques en pareil cas. Ces faits nous paraissent peu concluants encore; mais nous ne verrions pas d'inconvénient à prescrire quelques grains de sel de nitre ou du sirop de pointes d'asperges dans de l'eau de chiendent ou de lin, lorsque, dans une dentition difficile, les excrétions alvines et urinaires ne répondent pas à la coutume ou aux besoins de l'économie.

II. *Sulfate de quinine en frictions sous les aisselles dans les fièvres intermittentes des enfants.* — Si l'on ne savait combien il est difficile de faire avaler les substances désagréablement savoureuses aux enfants malades, on se demanderait peut-être quelle est la nécessité de recourir à la méthode iatraleptique pour l'emploi d'un médicament dont le succès est assuré. Cependant, il faudrait encore tenir compte des circonstances où le sulfate de quinine rencontre de l'intolérance dans les voies digestives. M. Dassit rapporte quelques observations de fièvres intermittentes guéries sur de très-jeunes enfants par des frictions pratiquées sous les aisselles avec une pommade d'axonge et de sulfate de quinine. Ce procédé endermique ne mérite la préférence que lorsque le sujet répugne à l'ingestion du médicament, ou lorsque celui-ci serait mal reçu par les organes digestifs.

III. *Des avantages de l'expectation dans les fractures comminutives des membres et les plaies des grandes articulations.* — Oui, certes, nous ne balançons pas à le reconnaître, au moment où il se détermine à agir, le chirurgien voit plus clairement que le médecin ce qu'il veut et ce qu'il va faire. Il

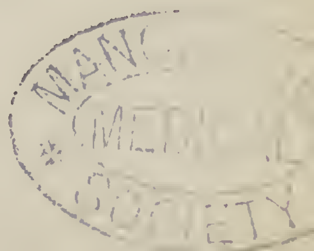
apprécie plus exactement l'état pathologique, il sait qu'il exercera son action sur le siége et souvent sur la cause ostensible du mal; enfin les résultats de ses moyens et procédés curatifs sont plus faciles à prévoir. Mais les cas où il convient d'attendre ou d'agir sont-ils également bien déterminés? Les chances sur lesquelles se fonde le pronostic n'ont-elles pas leurs incertitudes? Le chirurgien ne peut-il pas commettre les plus lourdes fautes au moment où il se décide entre l'action et l'expectation? Telles sont les questions que la réflexion a souvent soulevées, et qui s'offrent si naturellement à l'esprit à propos des fractures comminutives et des plaies des grandes articulations. On n'ignore pas que l'amputation, ce moyen extrême, a été généralement proposé comme l'ancre de salut dans ces terribles accidents. Cependant le moyen, la mesure thérapeutique seule met déjà fortement l'existence en danger, et puis l'on ne se sauve qu'avec une affreuse mutilation. Nous avons quelquefois rougi, pour l'honneur de la chirurgie, d'entendre des personnes déclarer, en pleine société, qu'on avait résolu l'amputation d'un de leurs membres, qu'elles s'y étaient opposées, et qu'il ne leur restait d'infirmités d'aucune espèce. On guérit donc quelquefois dans ces circonstances désespérées. Dans quelle proportion sont les chances de guérison ou de mort? Tel est justement le problème qui n'est peut-être pas résolu, puisque de loin à loin on en appelle à l'expectation, et l'expérience doit forcément s'offrir comme le premier terme de comparaison. M. Cabirsol, qui en a constaté des succès dans la pratique chirurgicale de M. Regnaud, premier chirurgien en chef de la marine à Toulon, s'efforce d'établir, par des observations qu'il rapporte, que beaucoup de fractures comminutives des membres et de plaies dans les grandes articulations, malgré leur apparente gravité, guérissent sans amputation,

au moyen d'antiphlogistiques généraux et locaux, d'extraction d'esquilles, de débridement des plaies, d'irrigations continues d'eau froide, du bandage amidonné, etc., selon l'occurrence. Nous verrions avec satisfaction se multiplier les observations encourageantes du genre de celles que M. Cabrisol a recueillies dans la clinique de M. Regnaud; plus que beaucoup de chirurgiens, il sait rendre hommage à la nature médicatrice, et se préserver de la démangeaison d'agir qui n'est pas l'un des moindres fléaux de la thérapeutique chirurgicale, quand on oublie ces modestes et pieuses paroles d'Ambroise Paré : *Je le pansey, et Dieu le guarit.*

A. L.

L'Esculape (Juin 1839).

I. — *De l'atrophie du globe de l'œil* considérée comme moyen curatif de quelques affections graves de cet organe; par M. le docteur CARRON DU VILLARDS. — L'extirpation du globe de l'œil est une opération assez dangereuse, que nécessitent toutefois certaines affections oculaires, lorsqu'elles sont parvenues à un haut degré d'intensité et de développement. Pour prévenir l'emploi de ce moyen extrême, M. Carron propose de vider l'œil malade, et par suite, de produire son atrophie; et il a formulé de la manière suivante les indications de cette méthode : *Tout œil dont la vision est perdue sans retour doit être réduit à l'atrophie, lorsque l'on y découvre des transformations organiques susceptibles de dégénérescences fâcheuses.* Cinq observations sont citées à l'appui de l'heureuse application de ce précepte; deux sont relatives à des kératites chroniques compliquées de ramollissement de la cornée avec végétations, ou de tumeur rouge et sanguine de la cornée, réputée



cancéreuse ; les trois autres cas ont rapport à des maladies du corps ciliaire ; nous allons citer le premier.

« Mademoiselle Sara B..., âgée de treize ans, a été at-
» teinte pendant plusieurs années d'une kératite strumeuse,
» à la suite de laquelle il se développa un état phlébectasi-
» que des veines ciliaires très-prononcé. La cornée était
» entourée d'un bourrelet veineux, noueux, d'un bleu noir,
» d'autant plus foncé que la sclérotique était complètement
» usée. L'œil était le siége de douleurs très-vives, qui pro-
» duisaient presque toujours une congestion de la conjonc-
» tive. Dupuytren, Boyer et divers autres praticiens de la
» capitale, ayant été consultés, jugèrent la maladie de
» nature cancéreuse et proposèrent l'extirpation du globe
» de l'œil. Tel ne fut point l'avis de M. Carron du Villards,
» qui, après avoir diagnostiqué un staphylôme annulaire
» du corps ciliaire, proposa l'atrophie de l'œil, au moyen
» de l'excision partielle de la cornée. A peine l'œil fut-il
» vidé que les douleurs cessèrent : l'œil revint sur lui-
» même, les vaisseaux dilatés s'effacèrent, et l'on obtint
» en six semaines un moignon indolore et capable de sup-
» porter une pièce artificielle. »

Procédé opératoire. — Il suffit d'exciser au centre de la cornée, parallèlement à l'axe vertical de l'œil, un lambeau ayant la forme d'une graine de melon. Aussitôt que cette perte de substance a été faite, l'œil se vide, et l'on introduit dans la cavité une petite bande de linge fin, enduite de cérat. Cette fistule entretient un écoulement continu, suivi bientôt d'une légère inflammation, à la suite desquels l'œil s'affaisse et se réduit en un moignon résistant et indolore.

II.— *Mémoire sur un instrument ou boîte métroscopique pour examiner, sans crainte de fraude, les conscrits qui se disent*

myopes; précédé de quelques considérations générales sur la myopie acquise et sur la déformation du segment antérieur de l'œil qui peut en être tour à tour la cause ou l'effet; par M. le docteur Bourjot-Saint-Hilaire.—M. le docteur Bourjot-Saint-Hilaire reconnaît à l'œil de l'homme la propriété de pouvoir s'accommoder à différents foyers, suivant la distance des objets soumis à la vision ; et il l'explique, avec plusieurs physiologistes, non-seulement par le déplacement que les procès ciliaires font éprouver au cristallin, mais encore par le changement de forme que l'organe oculaire subit par suite de la compression que peuvent exercer sur lui les quatre muscles droits, agissant simultanément selon l'axe antéro-postérieur, en arrière de l'insertion du segment de la cornée. D'où il résulte que la convexité de la surface cornéale est accrue, que l'humeur aqueuse reflue en avant dans la chambre antérieure, et que le diamètre antéro-postérieur de l'œil acquiert un certain allongement. On conçoit d'après cela qu'une personne presbyte ou à vue longue, par aplatissement naturel de la cornée, pourra, en forçant l'allongement de l'axe antéro-postérieur de son œil et la courbe du segment sphérique antérieur, se placer dans les conditions de la myopie, que l'on observe du reste très-fréquemment chez les individus qui ont l'habitude de regarder des objets très-minutieux et de très près, et chez lesquels l'œil change de forme et acquiert une courbure appropriée à ces nouveaux besoins.

Le désir de paraître myopes devant les jurys de révision et les conseils militaires, pourra donc engager des individus à acquérir pour un temps cette faculté de voir à de très-courtes distances, en se forçant la vue soit à l'œil nu en approchant un livre caractère *nompareille*, ou *mignonne*, à deux on trois pouces du nez, soit en se servant de verres concaves n° 4 ou n° 3. Mais pour voir avec ces verres il

faudra fortement exagérer la courbure de la cornée, afin que la divergence produite par les verres soit corrigée par la convergence propre à une courbure d'une sphère plus petite. C'est à cela que les conscrits arrivent avec facilité par deux ou trois mois d'exercice; et lorsqu'au moment de l'examen on leur présente des n° 3 ou 4, ou qu'on approche le livre de leurs yeux à deux ou trois pouces, ils parviennent alors à lire avec facilité, sans pour cela être forcément myopes. Pour découvrir la fraude il faudra présenter à la personne que l'on veut examiner, des objets à lire, comme, par exemple, une page d'impression, sans que la distance soit de lui facilement connue. M. Bourjot-Saint-Hilaire a cherché à remplir cette indication par une boîte parallélipède de deux pieds de long sur un pied de hauteur.

L'intérieur est noirci comme une chambre obscure, et la lumière y est projetée par une fente étroite ouverte dans la paroi supérieure et tombant sur un miroir porté sur un angle de 45°, elle arrive par réflexion sur une feuille d'imprimerie collée sur un carton porté sur une sorte de petit chariot très-mobile, et marchant en avant et en arrière à l'aide d'une alidade mue par l'examinateur sans que l'examiné le sache; de sorte que le carton peut être, à l'insu de l'examiné, porté de 1 à 18 pouces d'une ouverture binocle percée dans un des fonds de la boîte. Qu'arrive-t-il? l'examiné croyant la page éloignée lorsqu'elle est proche, et proche quand elle sera éloignée, ne pourra accommoder artificiellement, si l'on peut dire, la vue à courte ou longue distance; il accusera pouvoir lire à 12, 15 ou 18 pouces lorsqu'il se prétendra myope, pensant que l'objet n'est écarté que de 2 à 4 pouces. S'il est myope, et véritablement myope, en faisant avancer ou reculer le porte-objet, on rencontrera le foyer exact de sa vision, parce que sur la course de l'alidade il y a une règle de rapport, et l'on

pourra savoir si la myopie est de tel ou tel degré, ce que du reste on ne peut connaître que très-imparfaitement avec des verres, des individus pouvant *ad libitum* se servir du n° 12 au n° 3. Ici l'incertitude où se trouvera le conscrit examiné sera certainement un moyen infaillible d'arriver à la vérité, et déjouera des fraudes appuyées sur un exercice forcé qui fait acquérir à l'œil, pour un temps et à volonté, tous les vices de réfringence, qui, ici utilisés pour s'exempter du service militaire, constituent la fraude.

F. R.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ALLEMANDS.

Examen microscopique de la membrane muqueuse intestinale dans le choléra. — Origine, développement et terminaison des tubercules pulmonaires.— Grossesse tubaire. — Guérison de tétanos. — Inflammation mortelle de l'appendice cœcale.

I.— *Examen microscopique de la membrane muqueuse du canal digestif dans le choléra asiatique ;* par le docteur BOEHM, de Berlin.— Cet observateur a remarqué que la membrane muqueuse du canal digestif éprouve une desquammation : l'épithélium s'enlève de différentes manières, qui se rapprochent de ce qui existe pour l'épiderme de la peau dans plusieurs affections exanthématiques. Cette exfoliation est très-considérable dans le jéjunum, moindre dans l'estomac, très-faible dans le colon. L'épithélium de la muqueuse intestinale consiste en petites pyramides dont la base est tournée vers la surface libre, tandis que leur sommet s'applique

sur la muqueuse, qui envoie des prolongements dans leurs intervalles. Ces pyramides sont éliminées par l'exfoliation, soit par petits fragments, soit en masses adhérentes à de la matière accumulée au-dessous d'elles, comme lorsqu'il se forme des vésicules, des pustules, etc. Cette exfoliation est si rapide dans le choléra asiatique, que, chez des individus morts le second jour de la maladie, la muqueuse intestinale est presque complètement dépouillée de son épithélium. Si le malade vit assez long-temps, la muqueuse elle-même est attaquée, ses villosités sont détruites par ulcération, ainsi que les petites glandes qui siégent à leur base, et ces ulcérations peuvent être cause d'hémorrhagies plus ou moins graves.

Des observateurs, et M. Cruveilhier entre autres, ont signalé dans cette maladie la présence d'un liquide particulier qu'ils ont donné comme pathognomonique. On a fait beaucoup de suppositions sur sa nature et on l'a désigné par un grand nombre de noms différents. Ce liquide ne contient rien de ce que les malades ont pris pendant la vie, tout ce qui est ingéré étant presque aussitôt rejeté, en sorte que le liquide intestinal est à peu près pur. Si on le place dans un verre, il se forme un précipité au-dessus duquel surnage un liquide incolore. Ce sédiment est blanc, gris ou jaunâtre, et consiste en fragments de l'épithélium interne, tandis que le sérum est celui qui se sépare du sang : il varie beaucoup pour la couleur, quelquefois il est blanc comme de l'eau de chaux, d'autres fois jaunâtre. Dans les cas très-aigus où la mort a été très-prompte, le sédiment ainsi que le sérum étaient blanchâtres. Quand la maladie avait duré long-temps il était poisseux. L'aspect du contenu des intestins dépend de la proportion réciproque du sérum et des fragments d'épithélium. Quand la desquammation est très-abondante, surtout dans le duodénum sur les valvules conniventes,

nous lui donnons l'épithète de laiteux, de floconneux, nous le disons semblable à de l'eau de riz ou de gruau.

Lorsqu'il n'y a que très-peu de sérum, le liquide intestinal ressemble à du pus : il est floconneux quand l'épithélium s'enlève par larges plaques, de manière à voir au microscope des espèces de doigts de gants détachés des villosités de la muqueuse. Les fragments membraneux qu'on suppose généralement être le produit d'une exsudation, sont de très-larges lambeaux d'épithélium semblables à ceux que forme l'épiderme à la fin de la scarlatine.

Quand les fragments de l'épithélium sont en partie dissous, ils paraissent filiformes; on ne rencontre jamais de lames d'épithélium dans le colon; elles deviennent de plus en plus rares à mesure qu'on approche de la valvule iléo-cœcale, et on ne les retrouve pas dans les déjections : il est donc évident qu'elles sont solubles dans les sécrétions du colon.

Comme dans le choléra asiatique aucune glande ne sécrète, il est permis de croire qu'il en est de même du foie, bien que l'on trouve la vésicule pleine de bile, celle-ci pouvant avoir été sécrétée dans l'état de santé, avant le commencement de la maladie. Les conduits hépatiques sont pleins d'un liquide jaunâtre, épais, qui, au microscope, se trouve composé d'épithélium semblable à celui que nous rencontrons dans l'intestin, et c'est le mélange de ces fragments d'épithélium jaunâtre qui donne la couleur jaune quelquefois observée dans le liquide intestinal.

Dans un tiers seulement des cas examinés on a trouvé de la bile, et alors elle était disposée par places sur la muqueuse; les autres points en étaient tout-à-fait dépourvus et étaient tout-à-fait blancs. Mais dans les cas de choléra aigu il n'existait de bile nulle part. Les vomissements bilieux sont rares et sont regardés comme d'un pronostic favora-

ble; cependant, souvent les malades rendent par la bouche des masses noires, et on en trouve de semblables entre les plis de l'estomac; elles ne sont que de la bile altérée, ainsi que le prouve l'examen chimique. Les selles sanglantes sont toujours funestes, même quand aucun autre symptôme n'annonce une mort prochaine. On trouve dans la muqueuse elle-même des ecchymoses circulaires, et le microscope fait apercevoir les villosités remplies de sang à leur sommet. Quand il y a du sang dans le liquide intestinal, il a l'odeur la plus fétide, tandis qu'elle n'est pas désagréable lorsque ce liquide est blanc. Au commencement de la maladie les selles sont mêlées de bile; plus tard elles deviennent limpides ou blanchâtres; on y aperçoit d'assez gros flocons. Ils ne sont pas formés de fragments d'épithélium qui n'existent jamais dans les selles : ce sont des espèces de filaments produits probablement par la cristallisation du liquide dans lequel se trouve dissous l'épithélium.

Le sommet des villosités dans le duodénum, ainsi que dans quelques parties du jéjunum, est rempli de gouttes huileuses. Lorsqu'on les comprime entre deux lames de verre, et qu'on les examine au microscope, elles paraissent poussées vers la surface libre de la villosité. Cette observation nous conduit à penser que Lieberkuhn, qui décrit un renflement au sommet des villosités, les a examinées dans un état semblable à celui que nous examinons : par conséquent son observation ne doit pas être rejetée comme on l'a fait jusqu'à présent.

Dans les reins et les uretères, non plus que dans le bassin et dans les conduits urinifères, on ne trouve d'urine, mais bien une matière blanche comme du lait, qui n'est autre chose qu'un amas de fragments d'épithélium.

Au milieu du liquide intestinal, ainsi que dans les matières vomies, existent de petits corps ovales, unis les uns

aux autres et rangés comme un chapelet de perles : ce sont de petits champignons très-semblables à ceux qui se forment dans les liqueurs qui commencent à fermenter.

Les glandes de Lieberkuhn, qui sont placées comme de petits enfoncements entre les bases des villosités, éprouvent la même exfoliation d'épiderme que le reste de la muqueuse. Les glandes de Peyer paraissent réticulées lorsque la desquammation de l'épithélium est suivie d'ulcération profonde; ou dans quelques cas il se fait une exsudation dans le tissu sous-muqueux, seulement moins marquée que dans les fièvres continues avec complication abdominale, et jamais ce produit ne se ramollit comme dans l'affection typhoïde. Il y a enfin un troisième changement que subissent les glandes de Peyer dans le choléra, c'est que les plis qui, chez les enfants, les traversent distinctement, reparaissent quand il y a irritation et dépôt d'une exsudation anormale.

II. — *Sur l'origine, le développement et la terminaison des tubercules pulmonaires;* par le professeur SÉBASTIAN. — Si, comme le prétendent la plupart des anatomo-pathologistes, les tubercules se formaient dans le tissu cellulaire du poumon, on les trouverait presque constamment dans celui qui sépare les lobules et les lobes. Cependant je n'ai jamais pu les y rencontrer. Aussi, bien que je ne sois pas complètement assuré du fait, suis-je porté à placer le siége des tubercules dans les cellules du poumon. L'injection des bronches ne jette pas de lumières sur ce point; car, bien que je n'aie jamais retrouvé dans les tubercules le mercure injecté par les bronches, on peut expliquer cette circonstance, ou parce que les cellules sont entièrement remplies par la matière tuberculeuse, ou parce que d'autres tubercules développés dans le tissu cellulaire extérieur compriment les vésicules. Les tubercules les plus petits que j'aie

jamais aperçus étaient certainement plus volumineux que les cellules aériennes, dont le diamètre, d'après Weber, est de 0,053 à 0,16 de ligne de Paris. Quant à la connexion qui existe entre le tubercule et les hydatides chez quelques animaux inférieurs, Kuhn a montré qu'entre la vessie propre à l'hydatide et le kyste extérieur, formé de lymphe plastique, la matière tuberculeuse est produite par suite de l'inflammation résultant de la présence du corps étranger. Le kyste externe sécrète une substance jaune, molle, riche en principes calcaires. A mesure qu'elle augmente de quantité, cette matière comprime l'acéphalocyste au point qu'il n'en reste plus qu'un vestige enfermé au milieu du tubercule. Il ne paraît pas probable que chez l'homme le tubercule commence par une hydatide, car ceux des poumons et du péritoine ne sont point environnés d'un kyste. Si tel était son mode de production dans l'espèce humaine, on rencontrerait souvent avec eux des hydatides. Or, l'examen le plus attentif n'a pu me faire découvrir en même temps des hydatides et des tubercules. Quant à la forme primitive que revêt la substance tuberculeuse, le professeur Carswell n'est pas parvenu à démontrer que la matière grise demi-transparente précède toujours la matière vraiment tuberculeuse. Dans les cas qu'il a décrits, la matière grise pouvait dépendre de l'irritation développée par la présence des tubercules. Dans leur état le plus récent, ils se sont toujours présentés à moi sous forme d'un petit nuage blanc, placé au milieu du parenchyme sain, et imparfaitement circonscrits, ou du moins irrégulièrement arrondis. Peut-être cette légère opacité est-elle un effet cadavérique et la matière est-elle transparente pendant la vie ; mais avant que de former du tubercule elle devient opaque. J'ai souvent observé des points qui naissaient au milieu de ces nuages et augmentaient pro-

gressivement de volume, ou plutôt que plusieurs d'entre eux se réunissaient, et par leur union formaient les tubercules miliaires de Laennec : ceux-ci sont, suivant moi, les vrais tubercules. D'après Schrœder van der Kolk et le docteur Carswell, la forme des tubercules dépend de la structure du poumon. Je crois cependant qu'elle dépend aussi de la nature même de la matière tuberculeuse ; car, à mesure que le tubercule augmente, le tissu cellulaire cède devant lui ; de là vient que la forme des gros tubercules est presque la même dans tous les organes. Je ne comprends pas comment la résistance offerte par le tissu des organes peut augmenter la dureté des tubercules, comme le suppose le docteur Carswell. Murdoch dit que ceux que l'on rencontre dans le cerveau sont plus durs que ceux des autres organes. Le docteur Alexandre Thompson prétend que les tubercules ne sont pas dépourvus d'organisation et qu'ils contiennent des vaisseaux. Cette opinion me semble s'expliquer par le fait que la matière tuberculeuse se dépose quelquefois autour d'une petite veine ou d'une petite artère, de sorte que, lorsqu'on injecte les vaisseaux pulmonaires, on voit qu'une branche vasculaire traverse la masse tuberculeuse. Mais on ne voit jamais cette branche fournir des rameaux au tubercule lui-même, et le volume qu'elle présente est une preuve qu'elle n'appartient pas au tubercule. Je possède plusieurs pièces sur lesquelles on aperçoit un petit tubercule au milieu du tissu pulmonaire bien injecté, en sorte que la matière rouge employée pour l'injection des artères, la matière bleue pour l'injection des veines et la matière blanche pour l'injection des bronches, sont appliquées immédiatement sur le tubercule. D'où je conclus qu'on ne peut tirer de l'état des parties qui environnent les plus petits tubercules aucune preuve de leur origine inflammatoire. Je ne prétends pas que les tissus

voisins soient sains; mais j'affirme qu'ils ne présentent aucune trace manifeste et visible d'altération morbide. Je n'ai non plus jamais rencontré d'hépatisation immédiatement autour de petits tubercules. Je ne dois pas omettre une observation qui me paraît de la plus haute importance dans cette matière, c'est que les tubercules cessent de se former dans le tissu pulmonaire quand une fois il a commencé à présenter des signes manifestes d'inflammation autour de ces corps à l'état de crudité.

(*Tijdschrift v. N. Gesched.* 2 *B.* 3 *St.*)

III.—*Cas de grossesse tubaire,* par le docteur Bamberger. — Philippine N....., âgée de trente-quatre ans, mariée depuis quatorze ans, n'avait pas eu d'enfants. Dans la soirée du 4 mars, étant à jouer aux cartes avec quelques amis, elle quitta subitement la chambre, et fut trouvée quelques minutes plus tard couchée sur un canapé dans une pièce voisine; elle se plaignait de faiblesse et de nausées qu'elle attribuait à une douleur dans l'abdomen qui durait depuis une demi-heure. La langue était sale, le pouls à peine perceptible, et la figure d'une pâleur fort remarquable. La douleur abdominale n'était pas très-violente et s'accompagnait d'efforts d'expulsion du rectum. La malade était disposée à attribuer son état au retard des règles qui auraient dû paraître sept ou huit jours auparavant. Il y avait de la constipation; toutes les autres fonctions étaient dans leur état normal. Au bout d'un quart d'heure, il survint un vomissement qui fit disparaître presque tous les symptômes pénibles pour la malade; mais la figure restait très-pâle et le pouls vif, petit et filiforme. A onze heures, elle se coucha, assurant ses amis qu'elle se trouvait très-bien. Elle ne put cependant s'endormir, et le vomissement se répéta plusieurs fois dans la nuit. A quatre heures du matin, elle

se plaignit de douleurs à l'abdomen, surtout à la région épigastrique, et d'une tension existant de l'abdomen au cou, tension qui rendait tous les mouvements pénibles. L'abdomen était un peu tendu et douloureux à la pression, surtout à l'épigastre. Pouls fréquent et filiforme, sueur froide du front et des membres. Comme il n'y avait pas de selles, on prescrivit de l'huile de ricin et un lavement; des ventouses furent appliquées sur le ventre. Ces moyens diminuèrent un peu la tension du ventre, et un second lavement amena l'évacuation d'une notable quantité de scybales fort dures. L'état de la malade ne s'améliora point: on lui fit prendre de petits morceaux de glace pour arrêter le vomissement, et on lui appliqua des sangsues sur l'abdomen. Il y eut quelques heures de sommeil pendant la nuit, mais le vomissement continua. Vers midi, la faiblesse devint extrême. Les syncopes se succédaient: la mort eut lieu à sept heures du soir.

A l'examen du corps, on trouva dans le ventre une grande quantité de sang; la trompe de Fallope du côté gauche était rompue dans son milieu et laissait passer un œuf du volume à peu près d'un œuf de pigeon. On ne put retrouver de fœtus dans l'œuf : il s'était probablement échappé dans la cavité abdominale.

(*Caspers's Wochenschrift f. gesam. med.*)

IV. — *Observation de tétanos guéri*; par le docteur SPORER. — Gustave Gastavson, âgé de vingt-quatre ans, de constitution robuste, cocher de son état, entra à l'hôpital de la marine le 11 décembre 1831. Le 5 de ce mois, en levant un baquet d'eau très-lourd, il ressentit une violente douleur s'étendant de l'épigastre à l'ombilic et tout le long du dos depuis le cou jusqu'aux lombes : il survint du trismus. Sous l'influence d'un bain de vapeur qui détermina

une abondante transpiration, et d'une application de huit ventouses au cou et au dos, il fut soulagé au point de pouvoir reprendre ses occupations. Mais pendant la nuit, il fut repris de légers accès de trismus et de tétanos, qui disparurent après une abondante transpiration le lendemain matin. Mais s'étant de nouveau exposé au froid, il éprouva sur son siége plusieurs accès d'épisthotonos. Le 7 décembre, aggravation de tous les symptômes : saignée d'une livre, 20 sangsues sur l'abdomen, bain chaud, frictions le long du dos, et quelques remèdes internes; le résultat de ce traitement fut une mitigation notable des accidents. Mais dans la matinée du 11, ils reparurent plus intenses que jamais, avec spasmes très-fort des muscles du dos, de la poitrine et du ventre; la face était contractée, les dents serrées, la tête et le corps courbés en arrière, le ventre affaissé et dur, le pouls à 88, petit et serré, la respiration courte et fréquente. On présuma que la cause des accidents était une inflammation des méninges rachidiennes; pour la combattre, on appliqua 20 sangsues le long de l'épine; puis le malade fut mis dans un bain chaud d'eau de savon; on administra six grains de calomel unis à un scrupule de poudre de jalap; la dose fut répétée vers le soir, on donna des lavements jusqu'à ce qu'enfin l'on obtînt deux selles fétides et abondantes.

Le lendemain, 12 décembre, les accès furent plus rares, mais encore fort intenses. On fit prendre un grain de calomel toutes les 6 heures, et l'on répéta l'application de ventouses à l'épigastre et entre les épaules. Le 13 décembre, la nuit est meilleure ; mais pendant la journée, des accès de spasmes fort intenses surviennent, et le trismus continue. Nouvelle application de ventouses sur le même point, frictions ; on enveloppe le malade de flanelle huilée. Le 14 et le 15, il y a diminution des accidents ; on cesse le calo-

mel. Du 16 au 18, l'épisthotonos cesse, le trismus est moins fort. Peu à peu, les sécrétions reprennent leur caractère normal, et le 10 janvier, le malade sort complètement guéri.

(*Zeitschrift fur die gesammte medicin.*, b. VI, h. I.)

V.— *Observation d'inflammation de l'appendice cœcale, suivie de mort*, par le docteur BIESKE. — L. H., âgé de vingt ans, de grande taille et de constitution robuste, ayant toujours joui d'une bonne santé, se plaignit de lassitude et de malaise dans la soirée du 2 septembre. Le 3, il éprouvait de l'anorexie, de la faiblesse, de la douleur dans les membres, et surtout une douleur légère, circonscrite, dans la fosse iliaque droite; elle augmentait un peu à la pression. La langue était chargée, et le pouls un peu fréquent. On considéra le malade comme atteint d'une fièvre légère. 8 sangsues furent appliquées sur le point douloureux, et l'on donna à l'intérieur une dose d'acétate de potasse. Dans la soirée, la douleur iliaque se dissipa et le malade parut guéri. Une émulsion d'huile de ricin et d'eau de laurier fut donnée pour combattre la constipation. Le 4, la position du malade resta la même; mais le 5, il y eut de l'agitation, la douleur de la fosse iliaque reparut, et fut de nouveau enlevée par une application de sangsues. Le soir, il n'existait encore aucun symptôme défavorable; mais le 6 au matin, tout avait bien changé d'aspect: le pouls pouvait à peine se compter. Il était petit, dur, filiforme; le ventre était tendu, tympanisé, mais point douloureux; la face grippée, les extrémités froides. Le malade fut aussitôt saigné; mais sa faiblesse empêcha de tirer plus de deux palettes de sang. Malgré l'emploi d'un nombre assez grand de médicaments différents, son état alla de mal en pis, et il expira le sept, à une heure du matin.

A l'autopsie, on trouva l'appendice vermiforme du cœcum gangrenée ; elle contenait une concrétion du volume d'un grain de café, qui était probablement la cause de tous les accidents. En coupant cette concrétion, on reconnut qu'elle avait pour noyau un pépin de raisin.

(*Rust's Magasin fur die gesammte Heilkunde*, vol. 42, p. 2.)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Juin 1839).

Nerfs sensitifs et moteurs. — Injection de substances salines dans les veines. — Purification de l'eau de la mer. — Paralysie et névralgie de la face. — Incontinence, rétention et engorgement d'urine chez les vieillards.

SÉANCE DU 3 JUIN. — *Nerfs sensitifs et moteurs.* — M. Magendie communique la suite de ses recherches sur les fonctions du système nerveux. On a vu précédemment que la racine antérieure des nerfs rachidiens reçoit la sensibilité de la racine postérieure, et que cette sensibilité vient de la circonférence au centre. Il était curieux de rechercher si la moelle n'offrirait pas, dans ses faisceaux, un phénomène du même genre ; on sait que dans cet organe les cordons postérieurs présentent une exquise sensibilité, tandis qu'elle est beaucoup moins développée dans les cordons antérieurs. Or, la section des racines postérieures d'une paire lombaire, opérée d'un seul côté, est suivie d'un grand affaiblissement dans la sensibilité du cordon ; on

pouvait supposer que l'influence était transmise par les racines motrices laissées intactes ; pour le vérifier, les racines motrices ont été coupées par le milieu, les racines sensitives conservant leur intégrité, la sensibilité du cordon a éprouvé la même altération tant au niveau qu'au-dessus de leur origine.

Il faut en conclure que les cordons postérieurs, les racines sensitives, les ganglions, les nerfs rachidiens, les racines motrices, et enfin les cordons antérieurs et moteurs forment une chaîne circulaire dont chaque élément sert à transmettre la sensibilité des cordons postérieurs aux antérieurs. Mais quelle peut être l'utilité d'un chemin aussi long et aussi détourné ? c'est ce que l'on ignore jusqu'à présent. Ce n'en est pas moins un phénomène fort remarquable que cette influence d'une partie du système nerveux central sur une autre partie, et les recherches auxquelles elle peut donner lieu ne manqueront pas d'être fécondes en résultats importants.

Dans cette même séance, M. le docteur Longet a écrit à l'Académie pour revendiquer la priorité de la découverte annoncée par M. Magendie, dans la séance du 20 mai, et que nous venons de rappeler avec de nouveaux détails. Cette réclamation est l'objet d'une courte explication de M. Magendie, qui représente l'auteur de la lettre comme ayant pris part à quelques-unes des expériences du cours du collége de France.

Aux faits que nous venons de consigner ici, le savant académicien en ajoute quelques autres non moins curieux, sur les fonctions du nerf facial : ce nerf, comme l'on sait, doit sa sensibilité à la cinquième paire ; dernièrement, on put reconnaître, chez un lapin, la sensibilité exquise de la branche moyenne ; la supérieure et l'inférieure étaient au contraire insensibles. Une dissection attentive a fait recon-

naître une anastomose très-déliée de cette branche moyenne du nerf facial avec la cinquième paire ; la section de cette anastomose amena l'insensibilité de ce rameau, expérience qui prouve qu'il n'y avait là qu'un accollement de deux nerfs, l'un moteur et l'autre sensitif, et non pénétration ou mélange de leur substance propre; ajoutons à cela que chez l'homme, le nerf facial est insensible à son origine, et qu'après avoir offert une sensibilité exquise dans son trajet, il reprend son insensibilité première, ce qui vient encore à l'appui de cette proposition que ce nerf doit sa faculté sensitive aux ramuscules de la cinquième paire qui accompagnent ses divisions pendant un temps plus ou moins long : chez le chevreau, le nerf facial n'est insensible que vers sa terminaison ; chez le chien, il ne l'est dans aucune partie de son trajet : quand on le coupe après sa sortie du crâne, non-seulement l'opération ne diminue en rien la sensibilité du tronc et de ses branches, mais l'extrémité coupée est elle-même sensible, ce qui démontre la transmission de cette propriété de la circonférence au centre.

— *Injection de substances salines dans les veines.*—M. Blake présente un mémoire sur les effets qui succèdent à l'injection de diverses solutions salines dans le système circulatoire. D'après ses recherches et ses expériences, l'auteur pose comme règle générale : 1° que la soude et les sels que forme cet alcali par sa combinaison avec les acides, entravent la circulation pulmonaire, et fait périr l'animal par une véritable asphyxie; 2° les sels de potasse, d'ammoniaque, de baryte, de chaux et de magnésie, anéantissent l'irritabilité du cœur.

Quant au procédé opératoire suivi dans ces expériences, il consiste à pousser l'injection par la veine jugulaire, et à mettre l'artère crurale en rapport avec l'hématodynamo-

mètre, instrument propre à mesurer la force d'impulsion du sang.

— *Purification de l'eau de la mer.*—M. Miller, attaché aux manuscrits grecs de la Bibliothèque royale, adresse quelques citations qu'il a extraites d'anciens auteurs, relatives à l'appropriation de l'eau salée aux besoins domestiques. Les plus remarquables sont tirées d'Alexandre d'Aphrodisée et d'Olympiodore, tous deux commentateurs d'Aristote. Le premier, qui vivait dans le IIe siècle de l'ère chrétienne, dit qu'on prend des chaudières pleines d'eau de mer, et qu'on dispose des vases pour y condenser la vapeur qui s'échappe de cette eau portée à l'ébullition. Le second, qui appartient au VIe siècle, est encore plus explicite : suivant lui, les navigateurs font bouillir de l'eau de mer dans des vases d'airain, et en dirigent la vapeur sur de grandes éponges.

— *Organes de la respiration.* — M. Bazin lit une analyse abrégée d'un premier mémoire sur la structure intime du poumon de l'homme et des animaux vertébrés, avec application à la physiologie et à la pathologie de cet organe. Les considérations présentées dans cette première partie du travail de M. Bazin sont purement historiques, et sont relatives aux opinions émises, tant par les anciens que par les auteurs contemporains, sur l'anatomie du poumon.

SÉANCE DES 10 ET 17. — *Paralysie et névralgie de la face.* — M. Magendie, à l'occasion d'une discussion qui avait eu lieu dans une des séances précédentes, sur les fonctions des nerfs de la face, et les effets des sections de ces nerfs pratiquées comme moyen curatif, communique quelques nouveaux faits qu'il a observés dans sa pratique.

Les deux premiers cas sont relatifs à des cas d'hémiplégie survenus chez des jeunes gens, et qui ont été traités par

l'électricité appliquée aux nerfs mêmes à l'aide d'aiguilles. En procédant à ces applications, M. Magendie a eu l'occasion de remarquer que le nerf devenu entièrement inhabile à exciter les contractions des muscles de la face conserve cependant une sensibilité qui ne paraît pas inférieure à celle qu'il a dans l'état sain. Ceci, dit M. Magendie, vient à l'appui de mes dernières expériences, qui prouvent que la sensibilité du nerf facial n'est qu'apparente, et n'est autre que celle des filets du nerf de la cinquième paire qui viennent se mêler aux filets du nerf facial.

M. Roux, en citant le cas d'un névralgique chez lequel il a coupé successivement toutes les branches faciales, et où il a vu successivement la douleur se réfugier dans les branches non coupées, a, dit M. Magendie, reporté mon attention sur les relations encore si mystérieuses qui se voient entre les branches d'un même nerf. J'en ai eu un exemple bien remarquable le mois dernier.

Une femme déjà âgée vint me trouver pour me consulter sur une névralgie des plus intenses, et qui, depuis cinq ans, ne lui laissait pas un instant de relâche. Cette névralgie n'occupait pas à la fois toutes les branches de la cinquième paire, mais se logeait tantôt dans l'une, tantôt dans l'autre. Le jour où elle vint me trouver, le mal siégeait dans le maxillaire inférieur droit. J'y appliquai le courant électrique, et la douleur passa aussitôt dans la langue, abandonnant le nerf maxillaire. J'enfonçai une aiguille dans le côté droit de la langue et je fis passer le courant. La douleur sauta dans le sous-orbitaire ; je l'y suivis de même ; elle se réfugia enfin dans le nerf frontal, où il n'était pas difficile de l'atteindre ; je l'y attaquai par le même procédé, et elle disparut, n'ayant pas pris heureusement pour dernier refuge le filet nasal de l'ophthalmique, comme dans le cas cité par M. Roux, ce qui toutefois ne m'aurait pas décou-

ragé ; car, à l'aide d'une aiguille fine de platine, je ne regarderais pas comme impossible d'y parvenir, et par conséquent d'y diriger un courant électrique. Ma malade fut ainsi délivrée d'un mal, qui, depuis si long-temps, faisait le tourment de son existence. Depuis, la douleur a fait quelques efforts pour se reproduire, mais faibles, et surtout ne s'opposant pas au sommeil, et une seule application de l'électricité suffit pour la faire disparaître.

Depuis quelques jours, j'ai eu l'occasion de voir une dame de Paris travaillée aussi depuis long-temps d'une névralgie, mais gisant presque toujours dans le nerf lingual droit. J'y ai appliqué l'électricité, et la douleur a passé dans le nerf maxillaire supérieur, d'où je l'ai immédiatement fait disparaître ; elle n'a pas été plus loin, et m'a évité ainsi la peine de la poursuivre.

Incontinence, rétention et regorgement d'urine chez les vieillards. — M. Mercier commence par poser en fait que, sauf les cas où il y a maladie des centres nerveux, ou prostration générale, il n'existe pas de paralysie essentielle de la vessie ou de son col. Cet organe perd parfois sa contractilité ; mais ce n'est que consécutivement à une rétention complète ou incomplète d'urine, par la distension ou l'inflammation de la tunique charnue qui en sont le résultat.

Pour M. Mercier, l'incontinence et la rétention d'urine chez les hommes âgés sont presque toujours une hypertrophie de la prostate. Une remarque qui avait échappé jusqu'à lui, c'est que la plupart des vieillards affectés de rétention ont commencé par éprouver une difficulté plus ou moins grande à retenir leurs urines. Voici comment il explique cette incontinence :

Le col de la vessie ne se resserre pas circulairement, mais il se ferme par le rapprochement de ses deux moitiés latérales, de manière à représenter une fente antéro-posté-

rieure. L'hypertrophie de la portion transversale de la prostate écarte les bords de cette fente en arrière, de sorte que l'orifice a alors la forme d'un triangle, et c'est par l'aire de ce triangle que les urines s'échappent involontairement. Les lobes latéraux peuvent également donner lieu à l'incontinence, quand, faisant tous deux saillie dans l'urètre, ils forment deux éminences adossées par leur sommet, et empêchent ainsi les bords latéraux du col vésical de se mettre en contact.

La portion transversale n'augmente pas seulement d'un côté à l'autre, mais encore d'arrière en avant, sous forme de valvule. La base de l'orifice triangulaire se rapproche par conséquent du sommet; il vient même un moment où elle se trouve en contact avec lui : alors la valvule ou bord postérieur recouvre l'antérieur, et la rétention succède à l'incontinence. La rétention peut encore être produite par des tumeurs qui, s'élevant des portions latérales de la prostate, et surtout de la portion transversale, font saillie dans la vessie et s'inclinent au-dessus de son col, à la manière de soupapes. Enfin, le même accident peut être causé par le développement isolé de l'un des lobes latéraux qui, repoussant celui du côté opposé, dévie le canal.

Enfin, le regorgement a lieu surtout quand la portion moyenne de la prostate n'a acquis en volume que précisément ce qu'il faut pour oblitérer le canal. La distension de la vessie la tire un peu en arrière, et l'urine s'écoule jusqu'à ce que, la distension ayant cessé, la valvule soit revenue à sa première position.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

(Juin 1839).

Accouchement à travers le périnée. — Epistaxis mortelle.— Nouveaux biberons, bouts de sein et autres instruments de chirurgie de M. Charrière. — Rétrécissements de l'urètre. — Application du nouveau système de poids et mesures à la médecine et à la pharmacie.— Anus artificiel pratiqué sur le colon lombaire gauche sans pénétrer dans le péritoine.— Fièvre typhoïde.

SÉANCE DU 4. — *Accouchement à travers le périnée.* — M. Capuron lit, au nom de M. Lebreton et au sien, un rapport sur une observation d'accouchement à travers une déchirure centrale du périnée, adressée à l'Académie par M. Munod, médecin à Côme, près de Péronne.

Manon, âgée de vingt-neuf ans, de stature moyenne, d'embonpoint médiocre et d'assez bonne constitution, accoucha heureusement, il y a six ans, par les seuls efforts de la nature, d'un enfant assez bien développé ; chose remarquable, il ne se fit pas alors la moindre déchirure au périnée.

Une nouvelle grossesse était à sa fin en septembre 1838 ; les douleurs s'établirent, le travail marchait rapidement ; la tête paraissait volumineuse, les parties molles très-rigides se laissaient fort difficilement distendre ; le médecin, craignant la déchirure du périnée, fit modérer les efforts expulsifs, en même temps qu'il soutenait les parties molles. Les douleurs s'arrêtent un instant, puis reviennent subitement; la main est de nouveau portée vers le périnée pour le soutenir ; mais avant qu'on y arrive, on entend un bruit sourd, comme si une résistance venait d'être vaincue. Au

moment où il approchait la main, le docteur M. sent glisser sur sa face postérieure le corps du fœtus; celui-ci fut expulsé avec tant de force qu'il serait allé frapper le plancher sans la brièveté du cordon par lequel il fut retenu; ce dernier ne fut pas coupé sur-le-champ. On crut un instant que l'enfant était sorti par les voies naturelles, mais en examinant de plus près, on vit que le périnée avait été déchiré, que la plaie ressemblait assez bien à une croix de Malte ou à une étoile; deux angles se trouvant l'un en avant derrière la fourchette, l'autre en arrière au-devant de l'anus, sans que la section fût complète ni en avant ni en arrière; les deux autres étaient latéraux, les quatre déchirures venaient se réunir au centre du périnée; le placenta ne tarda pas à sortir par la même voie. On lava soigneusement cette solution de continuité; quatre points de suture entortillée réunirent chaque portion de la plaie, un cinquième fut placé au centre de l'ouverture. La femme couchée sur le dos, les genoux rapprochés, on prit de grands soins de propreté. Un mois après, cette vaste plaie était entièrement cicatrisée, tout était rentré dans l'état normal. Pendant quelque temps, les selles furent involontaires; mais cet inconvénient cessa à mesure que la cicatrice gagnait vers les fibres les plus excentriques du sphincter qui avait été déchiré.

Dans les réflexions qui suivent cette observation, l'auteur regrette de n'avoir pas pratiqué la section de la fourchette; ce serait dans beaucoup de cas un bon moyen auquel on n'a peut-être pas donné toute l'attention qu'il mérite.

Il a connu un vieux routinier de campagne qui la faisait constamment, mais c'est tomber dans un autre excès; il est des cas de rigidité extrême de la vulve où cette action

deviendrait utile, préviendrait une trop grande déchirure, et même la rupture du périnée.

M. Capuron ne partage pas cette opinion de l'auteur, qui, du reste, n'est pas nouvelle; il ne trouve pas que les détails accompagnant l'observation soient suffisants pour conclure d'une manière positive que l'enfant ait passé à travers le périnée déchiré. Tout en applaudissant au succès obtenu par la suture de la plaie, il ne regarde pas cette suture comme indispensable; il pense même que dans beaucoup de cas elle peut devenir dangereuse.

M. le rapporteur conclut à ce que des remerciements soient adressés à l'auteur et son observation insérée aux bulletins.

M. Larrey insiste sur la nécessité de soutenir le périnée pour prévenir les ruptures; il rapporte l'observation d'une femme chez laquelle une matrone égyptienne coupa avec un rasoir le périnée fortement soulevé par la tête de l'enfant, qui sortit par cette voie.

M. Gerdy défend la suture, qui est par elle-même, dit-il, fort innocente. Je l'ai pratiquée trois ou quatre fois, et je n'ai échoué que dans un cas où l'existence de symptômes vénériens expliqua à elle seule la non-réussite.

Après une courte discussion sur l'ensemble du rapport, ses conclusions sont adoptées.

— *Épistaxis mortelle.*— M. Villeneuve fait un rapport sur un cas d'épistaxis mortelle communiqué par M. Taillefer, médecin à Honfleur. Il s'agit d'une femme de quarante-deux ans qui, à dater du 27 avril dernier, eut à plusieurs reprises des épistaxis fort abondantes. Une première hémorrhagie, qu'on parvint à maîtriser au moyen du tamponnement, n'empêcha pas les règles de paraître; bientôt la faiblesse devint extrême, des symptômes scorbutiques se montrèrent, des ecchymoses en divers points, etc. Le

tamponnement ne put être supporté; à la fin on donna la limonade sulfurique, le tannin, etc. Mort dans le courant de mai. M. le rapporteur fait remarquer le peu d'influence de l'hémorrhagie nasale sur le flux menstruel qui ne fut pas supprimé; tous les praticiens ont observé des cas de ce genre; tous savent que la plupart des maladies chroniques n'empêchent pas les règles de venir; dans les maladies aiguës leur apparition ne doit pas empêcher de prescrire les émissions sanguines; il a vu souvent, pour sa part, des saignées pratiquées alors modifier avantageusement la maladie et ne pas influer sur l'écoulement menstruel. Du reste, les cas d'épistaxis abondantes au point de devenir mortelles ne manquent pas dans les auteurs; le fait de M. Taillefer, d'ailleurs, bien observé, mérite d'être rapproché de ceux qu'on possédait déjà. L'auteur, connu déjà par de bons travaux, a droit aux remerciements de l'Académie. (Adopté.)

—*Nouveaux biberons et bouts de sein en ivoire flexible, et autres instruments de chirurgie de M. Charrière.* — M. Charrière adresse à l'Académie plusieurs instruments nouveaux; ce sont: un porte-suture, de M. le docteur Depierris, une pince susceptible de nombreuses applications, de M. E. de Monés, et des biberons et bouts de sein en ivoire flexible.

Les biberons et bouts de sein de M. Charrière sont d'une forme élégante, et méritent par les nombreux avantages qu'ils présentent de fixer l'attention des médecins et celle du public. M. Charrière a eu l'heureuse idée de confectionner ces instruments en ivoire et de dépouiller cette substance de tous les sels calcaires dans le bout seulement que l'enfant doit saisir avec les lèvres. Ce bout, tout en faisant partie et continuation du reste de la substance éburnée, est mou, flexible et diaphane.

La meilleure garantie que nous puissions offrir pour mé-

riter aux nouveaux biberons et bouts de sein la confiance du public se trouve dans l'approbation absolue qu'ils ont reçue tant à la Maternité qu'à la Clinique d'accouchement de la Faculté de médecine de Paris.

Ces biberons, d'une forme élégante, parfaitement convenable, et dont l'embout ou partie principale peut au besoin se placer comme un bouchon sur toute espèce de bouteille ou de carafe, ont l'avantage remarquable de ne pouvoir laisser échapper le lait, ou introduire de l'eau quand on les fait chauffer au bain-marie. Enfin, sans avoir besoin de les démonter, il ne faut, pour les nettoyer, qu'agiter tout simplement de l'eau froide dans l'intérieur.

Si l'on veut conserver toujours l'ivoire dans un état parfait de flexibilité, il faut l'empêcher de sécher en plaçant le biberon sous un verre ou dans du linge humide pour le garantir du contact de l'air. On peut aussi se servir d'un morceau d'éponge ou de linge imbibé d'eau et placé à l'intérieur du mamelon. Enfin, en donnant à têter à l'enfant, si le lait venait à sortir avec trop d'abondance du biberon, il suffirait de placer le doigt sur la petite ouverture pratiquée au côté du bouchon pour régulariser, diminuer ou arrêter l'écoulement du liquide.

Si le mamelon en ivoire se trouvait tout-à-fait sec, il suffirait pour le ramollir de le laisser tremper dans l'eau froide pendant trois quarts d'heure.

— *Rétrécissements de l'urètre.* — MM. Ségalas et Gimelle font un rapport sur un travail de M. le docteur Berton, intitulé : Mémoire sur un nouveau mode de cautérisation des rétrécissements de l'urètre.

Ce travail, qui a été présenté à l'Académie le 23 mars dernier, est, comme l'indique son titre, relatif à un nouveau mode de cautérisation des rétrécissements de l'urètre. L'auteur, chirurgien aide-major dans la garde municipale

de Paris, y expose l'idée qu'il a conçue de substituer le cautère actuel au cautère potentiel pour combattre les rétrécissements organiques de l'urètre, et fait connaître les moyens auxquels il pense qu'on pourrait recourir pour atteindre ce but.

Ces moyens se composent :

1° De bougies propres à prendre l'empreinte des rétrécissements ;

2° D'une vessie de cochon remplie de gaz hydrogène et munie d'un robinet qui se termine en entonnoir.

3° De deux porte-cautères, semblables, l'un au porte-caustique de Ducamp, et l'autre à la bougie armée de Hunter ; le premier est destiné à agir sur les rétrécissements de dedans en dehors ; le second doit opérer d'avant en arrière, dans le cas où l'obstacle ne se laisse pas traverser par les instruments. Tous les deux sont creux et disposés de manière à recevoir du gaz hydrogène par leur extrémité externe du pavillon, et à le conduire sur une éponge de platine logée à leur extrémité interne, à celle qui doit être mise en rapport avec le rétrécissement.

Voici comment M. Berton propose d'user de ces moyens.

« Après avoir acquis la connaissance du siége et de la forme du rétrécissement avec la sonde exploratrice, on doit prendre l'un ou l'autre porte-cautère, et le placer soit dans le rétrécissement, soit devant lui, suivant sa disposition ; puis, adaptant au pavillon du porte-cautère le bec du réservoir qui contient le gaz, il faut ouvrir le robinet et pousser, par une pression graduelle, le gaz hydrogène vers l'éponge de platine. Celle-ci, dit M. Berton, passera immédiatement au rouge, et se maintiendra facilement à cet état. Quand les cautérisations, continue notre confrère, auront été suffisantes, le porte-cautère sera définitivement retiré ; ensuite le froncement et la rétraction locale, lors de la cica-

trisation de la plaie résultant de la chute des eschares, seront combattus par le passage et le séjour des bougies. »

On le voit, ainsi que nous le disions en commençant, le changement que M. Berton veut apporter au traitement des coarctations de l'urètre consiste uniquement dans la substitution du cautère actuel au cautère potentiel; les agents à employer avant la cautérisation et après cette opération sont identiques avec ceux qui sont en usage depuis Ducamp. L'auteur ne cherche même pas à déterminer les cas où il faut cautériser; il se borne à renvoyer sur ce point aux auteurs qui ont traité de la question.

Dans l'opinion de M. Berton, les moyens curatifs qu'il propose seront applicables dans tous les cas où les caustiques sont employés; il reste même convaincu qu'ils le seront dans les cas où ces derniers moyens sont contr'indiqués, comme, par exemple, dans le cas de rétrécissement variqueux.

En ajoutant que M. Berton assujétit l'éponge de platine sur le porte-cautère à l'aide d'un fil métallique très-délié, et qu'il se procure le gaz hydrogène en traitant des copeaux de fer ou de zinc avec l'acide sulfurique étendu d'eau, nous aurons rendu compte de ce qui se trouve dans son mémoire, et mis l'Académie en mesure de juger de la valeur thérapeutique du nouveau mode de cautérisation.

Les conclusions du rapport de la commission sont :

1° Qu'il est très-douteux que le cautère actuel puisse avec avantage être substitué au cautère potentiel dans le traitement des rétrécissements organiques de l'urètre.

2° Qu'il est peu probable que l'éponge de platine puisse être amenée et maintenue à l'état d'incandescence dans un conduit aussi étroit, aussi humide que l'urètre, comme M. Berton nous a montré qu'elle l'était en plein air, en faisant ainsi une ingénieuse application de la découverte de Dœbereiner.

3° Enfin, qu'il serait possible de disposer un appareil instrumental plus approprié au but que l'on se propose; que, par exemple, ainsi que l'auteur l'écrit à l'Académie, un instrument analogue au porte-caustique à double gaine de l'un des commissaires, tiendrait l'éponge mieux à l'abri de l'humidité du canal.

En conséquence, la commission propose:

1° D'adresser des remerciements à M. le docteur Berton, pour la communication intéressante qu'il a faite.

2° D'engager ce médecin à communiquer les résultats auxquels pourra le conduire l'application de son appareil sur l'homme malade.

3° De déposer honorablement son mémoire dans les archives de l'Académie.

M. Blandin : Dans l'état actuel de la science, la cautérisation ne mérite qu'une place secondaire dans le traitement des rétrécissements de l'urètre. L'expérience a prouvé que la base de la guérison doit être fondée sur la dilatation, et que la cautérisation ne peut tout au plus servir que de complément à la cure. D'ailleurs, est-il aussi facile qu'on le dit de préciser le lieu, la forme, les conditions du rétrécissement et d'y porter avec exactitude le caustique? Je ne le pense pas, et il est facile de se convaincre qu'on se fait souvent illusion dans l'usage des bougies à empreinte dont on se sert communément. Je crois donc que les caustiques ne méritent pas, dans l'espèce, toute la confiance qu'on leur accorde. Quant aux varices de l'urètre et du col de la vessie, ou des rétrécissements variqueux dont on a parlé dans le rapport, je crois que c'est encore là une chose qu'on admet par simple hypothèse, personne ne l'ayant jamais vue à ma connaissance. Il n'y a pas dans l'urètre des vaisseaux capables de former des varices, comme on le croit communément.

M. Ségalas : On peut très-bien préciser le siége et la forme des rétrécissements à l'aide d'une simple bougie emplastique. On peut également les cautériser avec précision au moyen des instruments nouveaux, et il n'est pas exact de dire que les cautérisations modérées avec le nitrate d'argent n'occupent qu'un rang tout-à-fait secondaire dans le traitement de ces maladies. Il est des cas dans lesquels la cautérisation rend de véritables services.

M. Velpeau : Considérée d'une manière générale, la cautérisation est dangereuse. En laissant des eschares, elle donne lieu à des cicatrices qui ne peuvent qu'augmenter le rétrécissement. Il en est autrement cependant si l'on parle de légers attouchements avec le nitrate d'argent. Employé de la sorte, ce moyen agit comme anti-phlogistique et modifie heureusement la phlogose sourde du tissu-muqueux boursoufflé.

Toujours est-il, néanmoins, que la base principale du traitement repose sur la dilatation, ainsi que vient de le dire M. Blandin. On comprend, en conséquence, que la cautérisation à l'aide du gaz inflammable, dont vient de parler l'auteur du mémoire, ne saurait être d'aucune utilité.

M. Ségalas : Il est des cas dans lesquels la cautérisation guérit mieux que la dilatation. J'en ai fait l'épreuve chez les sujets que j'avais d'abord traités à l'aide de la simple dilatation.

M. Amussat : Je ne puis partager l'opinion que vient d'émettre M. Blandin, relativement aux difficultés du diagnostic précis des rétrécissements de l'urètre. Par les nouveaux instruments que nous possédons, le diagnostic nous offre toutes les conditions désirables d'exactitude. Lorsque le mal est peu avancé, beaucoup de médecins le méconnaissent, parce qu'ils voient passer assez librement les sondes

élastiques d'un certain calibre. Ces sondes s'adaptent en effet aux conditions du rétrécissement ; s'il y a des brides, elles les aplatissent, et l'opérateur en conclut que le canal est libre. Mais si on explore pas à pas le canal, non d'avant en arrière, mais d'arrière en avant, à l'aide des instruments qui nous sont propres, la lésion est mise en évidence, et il est même facile d'en reconnaître les conditions particulières et de la détruire.

Lorsque le mal est plus avancé, le diagnostic est entouré généralement de moins de difficultés.

Dans le premier cas, on a ordinairement des écoulements chroniques entretenus par l'irritation des brides méconnues ou du rétrécissement léger. Les médecins peu au courant de ces conditions prescrivent en vain une foule de remèdes, et les malades tombent quelquefois dans une sorte de désespoir. Il ne se passe guère d'année que je n'aie dix à quinze cas de ce genre à traiter. La cautérisation légère, employée comme remède modificateur de l'inflammation, ainsi que vient de le dire M. Velpeau, la dilatation, et souvent aussi les scarifications employées avec ménagement, triomphent ordinairement en peu de temps de la maladie.

Quand le rétrécissement est ancien, dur, calleux, annulaire, vous avez beau dilater, plusieurs moyens sont nécessaires à la fois pour le détruire, et en particulier les scarifications et les cautérisations jointes à la dilatation. Il faut bien se garder dans ces cas de recourir à la dilatation forcée, ainsi qu'on a coutume de le faire ; des fausses routes très-fâcheuses sont à craindre, et je pourrais en citer un exemple tout récent qui s'est terminé par la mort, chez un homme à qui j'ai ouvert hier un énorme dépôt gangréneux aux bourses, en présence de MM. Blandin et Breschet, et qui est mort deux heures après.

Ce malade avait une fausse route qui s'étendait jusque dans le bassin. Ces fautes désastreuses tiennent, d'une part, à la violence qu'on emploie dans le but de franchir l'obstacle, et au défaut des instruments dont on se sert, qui, en général, sont trop courts.

M. Castel soutient qu'il existe réellement des rétrécissements dépendant de varices dans le canal de l'urètre ; il affirme en avoir vu sur des cadavres.

M. Amussat appuie cette assertion de sa propre observation.

SÉANCE DU 18 JIUN. — *Application du nouveau système des poids et mesures à la médecine et à la pharmacie.* — M. Double lit, au nom d'une commission composée de MM. Guéneau de Mussy, Delens, Boullay, Breschet, Pelletier et Double, un rapport demandé par le ministre sur l'application de la loi du 4 juillet 1837, relative à l'adoption du nouveau système des poids et mesures pour la médecine.

M. le rapporteur fait sentir que l'extension du nouveau système métrique à la médecine dut trouver des obstacles tout naturels ; car il ne s'agissait pas ici d'une question de négoce, de causes de contravention : c'était à la vie des hommes qu'on s'adressait ; d'où la nécessité de conserver ce qui pouvait fournir le moins de chances d'erreur. La longue habitude de formuler avec les anciens poids, l'obligation de se familiariser avec une nouvelle nomenclature et de nouvelles quantités, rendaient cette adoption difficile. Cependant l'art médical n'étant pas moins libéral que toutes les autres professions qui déjà ont adopté les nouvelles mesures, le moment étant venu où il y a en quelque sorte nécessité de rendre uniformes les poids, considérant enfin qu'il est possible de transiger, d'adopter un moyen terme qui pourra faire appliquer le nouveau système d'une ma-

nière insensible, sans s'exposer à une transition brusque qui aurait de graves inconvénients, la commission s'est arrêtée aux conclusions suivantes :

1° A partir du premier janvier 1840, les pharmaciens ne se serviront plus que des poids du système décimal.

2° A partir de la même époque, les médecins n'en emploieront pas d'autres dans leurs formules.

3° Les anciennes dénominations pourront être tolérées à cette seule condition que dans la pensée du médecin qui prescrit et du pharmacien qui exécute, elles représenteront des quantités appartenant au nouveau système métrique.

3° Les professeurs aux écoles de médecine et de pharmacie se serviront exclusivement dans leur cours des mesures du système métrique.

5° Les médecins dans leurs formules écrites ou imprimées exprimeront en toutes lettres les doses des médicaments.

Une longue discussion s'engage au sujet des conclusions de ce rapport ; on les adopte après une légère modification proposée par MM. Pelletier et Moreau.

— *Anus artificiel pratiqué sur le colon lombaire gauche sans pénétrer dans le péritoine.* — M. Amussat communique l'observation suivante :

Une dame de Paris, âgée de quarante-huit ans, depuis long-temps sujette à une constipation opiniâtre, précédée quelquefois d'hémorrhagies par le rectum, éprouvait des douleurs vagues dans le bassin et dans la région lombaire. M. Barras, son médecin, me fit appeler pour la première fois le 2 août 1838 ; nous ne découvrîmes alors et depuis qu'une légère affection de l'utérus, des excroissances polypeuses de l'urètre et une hernie crurale droite ancienne.

Vers le commencement du mois de mai 1839, madame

D.... faisait ses préparatifs de départ pour la campagne, avec les apparences d'une assez bonne santé.

Le 29 mai dernier, je fus appelé de nouveau par M. Barras, pour madame D..., qui était revenue de la campagne le 13, fatiguée par une constipation opiniâtre qui datait déjà de huit jours; tous les purgatifs les plus énergiques avaient été employés sans succès. Je reconnus que le rectum était complètement vide, et qu'il existait un obstacle au-dessus de cet intestin.

Des douches ascendantes, des injections à l'aide de sondes et de canules portées très-haut ne purent vaincre l'obstacle. La tympanite stercorale faisant des progrès, les douleurs éprouvées par la malade étant devenues intolérables, et ayant reconnu qu'une obstruction organique complète ne me permettait plus d'espérer de rétablir la voie naturelle, je compris qu'une opération devenait urgente; mais avant de la pratiquer, je demandai une consultation: MM. Breschet, Récamier et Fouquier furent appelés; il fut unanimement convenu qu'une tumeur obstruait le gros intestin au-dessus du rectum; il fut décidé alors qu'on tenterait encore l'électricité et le cathétérisme du rectum avant toute opération. Ces moyens furent inutiles; il y avait déjà vingt-quatre heures de constipation. La malade demandait une opération avec instance.

Le lendemain dimanche 2 juin, nous nous réunîmes de nouveau, et l'opération fut décidée à l'unanimité; elle fut pratiquée en présence de MM. Récamier, Breschet, Barras, Prujoo et Erichesen. Dès que la malade fut couchée sur le ventre, la poitrine et l'abdomen soulevés par des oreillers, nous fûmes frappés de la saillie du flanc gauche, c'est-à-dire que le colon lombaire gauche proéminait fortement entre les fausses côtes et la crête de l'os des îles. Il avait été décidé par avance que je suivrais le procédé de Calli-

sen, modifié de la manière suivante : une incision transversale fut pratiquée sur cette saillie, à deux travers de doigts au-dessus de la crête de l'os des îles ; elle s'étendait depuis le bord externe de la masse commune du sacro-lombaire, jusque vis-à-vis le milieu de la crête iliaque; elle avait à peu près cinq travers de doigt d'étendue ; le fascia superficiel, le grand dorsal et le grand oblique furent incisés dans le même sens et couche par couche ; le petit oblique et le transverse furent incisés de même et de plus crucialement; une artériole musculaire fut tordue ; puis un feuillet aponévrotique fut incisé en croix. Enfin le tissu cellulaire graisseux qui recouvre immédiatement l'intestin a été incisé et reséqué avec des ciseaux courbes ; deux fils ont été passés en haut et en bas dans l'épaisseur des parois de l'intestin, afin de le retenir et de prévenir son affaissement. Après avoir bien reconnu l'intestin colon *largement dépourvu de péritoine*, un troicart fin a été plongé dans le point le plus saillant de l'intestin fortement distendu , et aussitôt que le poinçon du troicart a été retiré, des gaz et des matières fécales liquides se sont échappés. Un soulagement subit s'en est suivi. Un bistouri boutonné a été insinué à côté de la canule ; ce trou a été largement agrandi en plusieurs sens; des gaz et des matières délayées sont sortis en abondance ; la malade a aussitôt exprimé vivement le soulagement qu'elle éprouvait ; son visage n'avait plus le même aspect, la teinte livide avait disparu. Après avoir fait deux injections, une dans le bout inférieur et l'autre dans le bout supérieur du colon, trois cuvettes de matières délayées ont été retirées. L'ouverture de l'intestin a été attachée à l'angle antérieur de la plaie par quatre points de suture. Les suites de l'opération elle-même ont été nulles ou presque nulles ; il n'y a eu aucun phénomène local qui nous ait donné la moindre inquiétude sur le succès de l'opération ; la marche

de la plaie a été des plus simples ; il n'y a pas même eu d'inflammation érysipélateuse des bords de la plaie; la propreté extrême et les cataplasmes ont prévenu cette complication ; mais un grave incident est venu troubler notre sécurité ; la hernie crurale droite dont nous avons parlé s'est tout à coup enflammée, deux jours après notre opération , et pendant plusieurs jours elle nous a donné de sérieuses inquiétudes ; la malade avait le triste pressentiment d'une double opération grave. Heureusement, un traitement antiphlogistique énergique nous a fait triompher de ce redoutable accident. Sans la hernie crurale dont il a été question, nous n'aurions pas eu la moindre inquiétude.

Maintenant, seize jours après l'opération, la malade est parfaitement bien.

Depuis plusieurs jours elle a repris ses habitudes ; ses repas sont réguliers, ainsi que ses selles. Les matières sont moulées : elle les rend deux ou trois fois dans les 24 heures. Tout nous fait espérer une guérison aussi durable que le permettra la tumeur du bassin.

Réflexions. J'ai considéré comme un devoir, continue M. Amussat , de me hâter de vous communiquer ce fait pour encourager les chirurgiens à ne pas hésiter de faire cette opération dans les cas analogues qui ne sont malheureusement pas rares.

J'insiste surtout pour faire remarquer que ce n'est pas seulement un fait heureux d'une opération basée sur des données positives d'anatomie chirurgicale. C'est la seule voie sûre ; mais elle avait été rejetée, dédaignée et abandonnée par les hommes les plus capables de l'apprécier, cependant , faute d'examen et de méditation. Maintenant j'ai reconnu et démontré que c'est une voie sûre et facile, c'est-à-dire qu'on peut établir l'anus artificiel *sans intéresser le péritoine, sans pénétrer dans l'abdomen.* Enfin, je

suis heureux de pouvoir ajouter que ce n'est pas seulement mon opinion, mais celle des hommes les plus éclairés qui ont pris la peine de vérifier le fait depuis; et M. Breschet, qui a bien voulu m'aider de ses conseils, est de cet avis, c'est-à-dire que ce procédé est facile et infiniment moins dangereux que tous les autres.

M. Amussat termine en engageant les praticiens à essayer sur le cadavre le procédé qu'il a employé chez sa malade, soit que le gros intestin soit ou non distendu par de l'air qu'on y aurait insufflé, et après avoir incisé les parties qui recouvrent l'intestin, à attirer celui-ci fortement aux bords de la plaie à laquelle on le fixera en dehors et en avant, par quatre points de suture. On examinera ensuite l'état des parties en ouvrant l'abdomen, et on mesurera la longueur de l'intestin au-dessous de l'ouverture pratiquée vis-à-vis de la région lombaire.

Séance du 25. — *Fièvre typhoïde.* — M. Sédillot fait un rapport sur un mémoire de M. Steinbrenner, médecin à Vasselone (Bas-Rhin) ayant pour titre : *De l'emploi des lavements répétés et des boissons abondantes dans le traitement de la fièvre typhoïde.* L'auteur du mémoire donne aux malades atteints de fièvre typhoïde des boissons acidulées en grande abondance (limonade sulfurique, etc.), des lavements purgatifs d'abord, avec le sulfate de soude (une once); puis simplement aqueux ou avec le petit-lait; il veut qu'on en administre toutes les trois ou quatre heures. Le but qu'il se propose est de débarrasser complètement les intestins des matières putrides, dont l'absorption doit jouer un rôle si important dans le développement des accidents généraux. Du reste, il n'est point exclusif; les antiphlogistiques, les révulsifs, sont également employés suivant les circonstances. Dans certains cas où les phénomènes fébriles offraient un caractère prononcé d'intermittence, le sulfate de qui-

nine a été donné avec succès. Sous l'influence de ce traitement, la maladie a paru généralement parcourir ses périodes plus rapidement, et se terminer d'une manière plus heureuse. La convalescence serait plus courte, les forces reviendraient plus vite, le chiffre de la mortalité serait un peu plus d'un sur trois.

M. le rapporteur conclut au dépôt dans les archives, à ce que des remercîments soient votés à l'auteur pour un travail consciencieux ; enfin, à ce que son nom soit inscrit sur la liste des membres correspondants.

M. Dubois (d'Amiens) ne trouve pas que ce travail renferme des idées neuves, ni des observations assez nombreuses et suffisamment détaillées, pour justifier les conclusions de l'auteur.

M. Castel passe successivement en revue les divers traitements préconisés contre la fièvre typhoïde ; il fait voir que la thérapeutique de cette affection a varié autant que les théories si nombreuses qu'elle a fait naître, et les dénominations qui lui ont été appliquées. Il n'en reste pas moins hors de doute que pour le traitement, comme pour l'histoire pathogénique des fièvres, tout reste encore à faire.

M. Rochoux revient sur la question de la contagion soulevée par l'auteur du mémoire. Pour lui, si le typhus est contagieux, il n'en est pas de même de la fièvre typhoïde ; depuis vingt-cinq ans, on ne saurait citer un seul fait, dit-il, qui prouve que la dothinentérie soit contagieuse.

M. Bouillaud reproche à l'auteur, et à tous ceux qui, en général, se sont occupés de la fièvre typhoïde, de n'avoir pas assez bien caractérisé cette affection, d'avoir confondu souvent avec elle d'autres maladies qui en diffèrent essentiellement, et d'avoir fourni par conséquent des résultats thérapeutiques auxquels on ne saurait accorder la moindre valeur. Il faut, comme je l'ai fait, dit M. Bouillaud, re-

cueillir des faits, les classer par catégories, avant d'en déduire des résultats généraux.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Cuivre et plomb trouvés dans les tissus organiques. — Hyperencéphalie.— Pleurésie traitée homœopathiquement.

M. *A. Devergie* rappelle qu'il y a plusieurs mois, il a lu à l'Académie royale de médecine une note où il annonçait qu'on trouve du cuivre et du plomb à l'état normal dans l'estomac, les intestins et les autres organes de l'homme. Plus récemment, ajoute-t-il, M. Tanquerel des Planches, notre collègue, dont chacun de vous connait les utiles travaux sur les affections saturnines, m'a mis à même d'analyser presque tous les organes d'un homme qui avait succombé à une maladie de cette nature. Je les ai soumis à l'analyse chimique, ainsi que la matière noire qui était au pourtour des dents. J'ai trouvé peu de plomb dans l'estomac; les intestins en contenaient une plus grande proportion; ils ont offert, ainsi que l'estomac, quelques atomes de cuivre. L'hydrocyanate ferruré de potasse colorait en rose les produits obtenus. Les matières excrémentitielles et les reins contenaient fort peu de plomb et beaucoup de cuivre. J'ai retrouvé du cuivre et du plomb dans la bile que contenait la vésicule; enfin, les poumons m'ont offert plus de plomb que de cuivre. Ces résultats de l'analyse chimique m'ont paru importants, et j'ai cru devoir en faire part à la Société.

M. *Nonat* : Le réactif dont s'est servi M. Devergie est excellent, j'en conviens. Je dirai cependant que cette teinte

rougeâtre dont il nous a parlé est insuffisante pour démontrer la présence du cuivre. Pour arriver à quelque chose de positif et de certain, il faudrait revivifier le cuivre. Je ferai la même observation pour le plomb.

M. *Devergie* : Je ne crois pas devoir faire connaître encore le procédé que j'emploie ; mais, je répète et j'affirme que j'ai trouvé du cuivre et du plomb ; j'ai pu revivifier ces métaux. Chez le sujet mort d'une affection saturnine, les intestins ont fourni plus de plomb qu'ils n'en fournissent à l'état normal, c'est-à-dire chez les individus qui n'ont pas été exposés à une intoxication saturnine. Je dois peut-être ajouter que si jusqu'ici on n'avait pas encore découvert la présence du cuivre et du plomb dans l'estomac et les intestins de l'homme, c'est que les procédés analytiques n'étaient pas suffisamment perfectionnés.

M. *Mérat* : Barruel a analysé les matières contenues dans l'intestin de plusieurs des sujets dont l'histoire est rapportée dans mon Traité de la colique métallique, traité publié il y a trente-six ans, et il n'a pu constater la moindre trace de plomb ni d'aucun autre métal.

M. *Andry* lit au nom d'une commission dont MM. Téallier et Duparcque faisaient partie, un rapport sur un cas remarquable d'hyperencéphalie, communiqué à la Société par M. le docteur Heyfelder, médecin du grand-duc de Bade. M. le rapporteur s'exprime ainsi : « Le temps n'est plus assurément où les anomalies de notre organisation constituaient pour le médecin lui-même soit des objets d'horreur et d'épouvante, signes précurseurs de quelque prochaine calamité, soit des jeux de la nature et du hasard, des créations plus ou moins bizarres et singulières, bonnes tout au plus pour amuser la curiosité d'un public toujours avide du merveilleux. Loin de nous, aujourd'hui, ces terreurs et ce dédain illégitimes qu'imposaient à nos devan-

ciers la superstition et l'ignorance, aujourd'hui que l'anatomiste a enfin compris de quelles lumières l'étude d'un cas anormal peut éclairer celle des cas normaux, aujourd'hui que la tératologie a pris son rang dans le vaste cadre des sciences naturelles. Ajoutons cependant qu'il s'en faut de beaucoup encore que cette meilleure tendance se soit popularisée, que les faits d'organisation dont je parle ici soient accueillis par tous les observateurs avec le zèle d'investigation, avec l'attention empressée qui leur est due; et cette sorte d'insouciance, si je puis ainsi la nommer, trouve sans doute son explication dans le peu de soin généralement consacré par le médecin aux études embryogéniques. C'est donc, on peut le dire, une heureuse circonstance, c'est en quelque sorte une bonne fortune pour la science quand un fait tératologique vient s'offrir à un observateur capable de le recueillir dignement et de l'apprécier à sa valeur. Ainsi en fût-il, Messieurs, pour le fait recueilli par M. le docteur Heyfelder.»

Ici M. le rapporteur donne une analyse complète du fait. (Voir l'observation publiée dans la *Revue médicale*, cahier de mai 1839). Il continue ensuite en ces termes :

« Telles sont, Messieurs, les particularités remarquables de ce cas tératologique. Il offre surtout à considérer : 1° l'hyperencéphalie, c'est-à-dire la situation de l'encéphale au-dessus du crâne, dont la paroi supérieure manquait presque complétement; 2° cette circonstance plus rare, puisque la science n'en possède encore que six ou sept exemples; je veux parler de l'adhérence de l'encéphale à l'arrière-faix. Sous ce double point de vue ce fait est donc vraiment digne de notre intérêt.»

M. Andry regrette que l'auteur de l'observation n'ait pas décrit plus minutieusement certaines anomalies qui auraient acquis alors une plus grande importance. Il signale,

en finissant, une omission fâcheuse, c'est celle du sexe de l'enfant. M. le docteur Heyfelder donne bien à entendre que cet enfant était du sexe féminin; mais cette circonstance n'est énoncée que d'une manière très-vague et qui laisse beaucoup d'incertitude, et l'on conçoit qu'elle méritait bien une assertion spéciale, opposée qu'elle est à l'idée généralement admise par nos tératologistes, que le sexe des monstres par arrêt de développement est presque toujours masculin.

La Société décide : que, suivant le vœu exprimé par la commission, l'observation de M. Heyfelder sera imprimée dans le recueil de ses travaux.

M. Fauverge lit à la Société l'observation intéressante d'un sieur Brocart, traiteur, rue de Clichy, qui fut atteint d'abord d'une pleurésie aiguë, dont il guérit à l'aide d'évacuations sanguines, et, plus tard, d'une nouvelle pleurésie qui passa à l'état chronique sous l'influence d'un traitement homœopathique auquel le malade fut soumis pendant trois semaines. M. Fauverge, appelé alors, trouva le sieur Brocart dans l'état suivant : face bleuâtre et violacée comme quand il y a imminence d'asphyxie; respiration précipitée et haletante; pouls d'une fréquence excessive; anxiété très-grande; douleur brûlante à la base de la poitrine du côté droit. La main appliquée sur cette partie ne perçoit pas la vibration de la voix. La percussion donne un son complétement mat. A la partie postérieure et inférieure de la poitrine on remarque une légère proéminence sans empâtement ni rougeur. Le tact reconnaît une fluctuation profonde; le malade est obligé de rester couché sur ce côté, sous peine d'être suffoqué. A ces signes, M. Fauverge reconnaît un épanchement pleurétique qui tend à se frayer une issue au dehors. Il propose l'opération de l'empyème

dont l'indication est reconnue par M. Gendrin, appelé en consultation.

Pour éviter l'infiltration du liquide dans les différentes parties qu'on rencontre entre les téguments et la plèvre costale, une traînée de potasse caustique est appliquée sur le point le plus déclive de la tumeur. L'eschare est ensuite profondément incisée. Cela fait, et la plèvre se trouvant, en quelque sorte, mise à découvert, M. Fauverge plonge un bistouri dans la tumeur qui donne passage à un flot de pus d'abord légèrement marbré et ensuite blanc et inodore. Aussitôt que la moitié d'une cuvette eut été remplie, M. Fauverge arrêta l'écoulement dans la crainte de produire une syncope, s'il cherchait à évacuer complètement la plèvre. Une mèche fut introduite et maintenue dans la plaie. Le pus sortit chaque jour en grande abondance pendant la semaine qui suivit l'opération. Il jaillissait, pour ainsi dire, à chaque inspiration un peu forte. A cette époque on fit des injections avec du miel rosat suffisamment étendu d'eau. On administra en même temps à l'intérieur une décoction de quinquina à laquelle on ajoutait de l'oxymel scillitique et un peu d'opium. Retour du calme, du sommeil et de l'appétit. Les urines, d'abord brunâtres et très-chargées, redeviennent limpides. Enfin, le 20 décembre 1838, c'est-à-dire soixante jours environ après l'opération, la guérison fut complète. Depuis lors le malade continue à jouir de la meilleure santé.

VARIÉTÉS.

Concours ouvert devant les Facultés de médecine de Paris et de Montpellier.— Nomination de M. Trousseau. — Réponse de M. le docteur Payan à la réclamation de M. le professeur Serre.

Les docteurs en médecine et en chirurgie sont avertis qu'il y aura un concours public devant la Faculté de médecine de Paris pour une chaire de pathologie interne vacante dans cette faculté. Ce concours sera ouvert le 11 novembre 1839.

Les qualités requises pour être admis à concourir sont : d'être Français, d'avoir été reçu docteur en médecine ou en chirurgie dans l'une des facultés du royaume, d'avoir l'âge de vingt-cinq ans, de jouir des droits civils.

Le concours se composera de quatre genres d'épreuves :

1° Une composition écrite, faite à huis clos ;

2° Deux leçons, dont l'une faite après vingt-quatre heures, et l'autre après trois heures de préparation, sur des matières relatives à la chaire ;

3° Une thèse ou dissertation écrite en français, sur les matières de laquelle les candidats s'argumenteront réciproquement ;

4° Une appréciation des titres antérieurs de chaque candidat.

Ceux qui désireront concourir sont invités à remettre ou à envoyer au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris les pièces constatant qu'ils ont les qualités exigées, savoir :

1° Copie légalisée de leur acte de naissance ;

2° Leur diplôme de docteur ;

3° Un paquet cacheté contenant l'exposé de leurs titres.

Ces pièces devront être parvenues à la Faculté au plus tard le 11 octobre, époque où le registre sera clos irrévocablement.

Un concours sera également ouvert devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour la chaire de pathologie externe vacante dans cette école. Ce concours commencera le 4 novembre 1839.

Les qualités requises sont les mêmes que dans le concours qui précède. Les pièces devront être parvenues à la Faculté au plus tard le 4 septembre.

Le concours pour la chaire de matière médicale et de thérapeutique, vacante à la Faculté de médecine de Paris par la mort du baron Alibert, a été terminé dans les derniers jours du mois de mai. M. Trousseau a été nommé professeur.

A M. le Directeur de la Revue médicale.

Monsieur et très-honoré confrère,

Dans la livraison précédente de la *Revue médicale*, M. le professeur Serre, de Montpellier, a cru devoir réclamer contre certains points d'un travail relatif à la chéiloplastie, que j'ai publié dans le même journal, au mois de février dernier. Comme la lettre de ce savant professeur ne laisse point en doute qu'il n'ait mal interprété mes intentions,

vous me permettrez de donner quelques explications que cette circonstance rend nécessaires.

Je ne sais si M. Serre a pu croire que je voulusse m'attribuer le procédé opératoire que j'ai suivi dans les deux cas d'opération de chéiloplastie que j'ai publiés, et qui consistait à former les lambeaux aux dépens des joues. Si cela était, il n'aurait qu'à relire avec un peu d'attention mes quelques pages, et il s'assurerait aisément que rien, dans mon écrit, ne peut légitimer une pareille supposition.

Quant à la précaution de recouvrir le bord libre de la nouvelle lèvre avec la membrane muqueuse attirée sur lui, c'est avec conviction que j'en ai parlé comme d'une modification que je n'avais vue indiquée nulle part. Je ne connaissais point, en effet, avant la réclamation de M. Serre, la lettre à laquelle il me renvoie et qui fut par lui publiée en 1835 dans le *Bulletin dé thérapeutique*, dont je ne suis pas le lecteur habituel. D'un autre côté, depuis juillet 1833, époque où j'ai commencé à suivre la carrière des hôpitaux, n'ayant séjourné à Montpellier qu'une quinzaine de jours, c'est-à-dire le temps précisément nécessaire pour passer mes derniers examens et prendre mes grades au commencement de l'année 1835, je n'ai jamais eu l'occasion de suivre les leçons de M. Serre et de connaître, par conséquent, ses recherches sur la chéiloplastie. C'est au point, que, lorsque j'ai pratiqué ma première opération de ce genre, au commencement de 1837, et même ma dernière, trois seules opérations de restauration des lèvres étaient à ma connaissance par les journaux de médecine, savoir : celles de MM. A. Bérard, Lisfranc et Thomas, et dans aucune il n'avait été question de ramener la muqueuse sur le bord de la nouvelle lèvre. Je ne songeais aucunement moi-même à en agir ainsi, lorsque je me rendis chez mon premier malade pour l'opérer. MM. les docteurs Clère, de Lafare et Gal, de Martigues, qui

m'assistaient dans cette circonstance, savent très-bien que cette idée me vint spontanément, qu'elle me fut suscitée par le rebord saillant que présentait la muqueuse, et qu'il s'établit même entre nous une consultation instantanée sur l'opportunité d'une modification qui pour nous était une innovation. Je n'ai donc pas agi d'après les idées de M. Serre, quoique par hasard j'aie eu recours à une modification qu'il avait indiquée, mais que j'ignorais complètement.

Lorsqu'enfin j'ai désigné comme utile la section de la muqueuse buccale pour donner plus d'extensibilité aux lambeaux, je ne pouvais, d'après ce que j'ai dit plus haut, en attribuer l'idée à M. le professeur Serre. Si même j'avais voulu citer, à ce sujet, un nom propre, c'eût été plutôt celui de M. Thomas, de Tours, qui, dans le compte-rendu de son observation (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*), indique ce moyen comme lui ayant été utile, sans faire connaître de qui il le tient.

Au surplus, il est bon d'observer que je n'ai pas prétendu publier un ouvrage *ex-professo* sur la chéiloplastie, et m'astreindre, par conséquent, à tous les frais d'érudition qu'aurait nécessités une pareille entreprise. J'ai voulu seulement livrer à la publicité mes deux observations, qui ne sont peut-être pas dénuées d'intérêt, et les faire suivre de quelques réflexions qu'elles m'avaient suggérées. J'ai voulu aussi peut-être, par les conseils pratiques que je résume à la fin de mon travail, remplir une lacune qu'eût comblée avec plus d'à propos M. Bérard dans l'article trop incomplet sous le rapport pratique qu'il a inséré, l'an dernier, dans le XIII[e] volume de la nouvelle édition du *Dictionnaire de médecine*. (V. LÈVRES (Maladies des).

Mes intentions n'ont donc pas été aussi hostiles qu'a pu le croire un instant M. le professeur Serre ; et si son nom n'est pas venu se placer sous ma plume, c'est que j'ignorais com-

plètement l'importance des travaux auxquels il se livre sur l'autoplastie faciale, travaux dont plus qu'aucun autre je désire la publication, parce que je sais tout ce qu'on a lieu d'espérer du praticien habile qui occupe si dignement la chaire de l'illustre Delpech.

Agréez, etc.

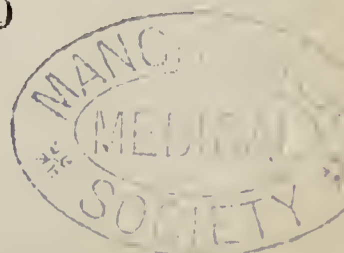
PAYAN,
D.-M., chirurgien de l'hôpital d'Aix.

Aix, le 13 juillet 1839.

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Annales françaises et étrangères d'anatomie et de physiologie appliquées à la médecine et à l'histoire naturelle; par MM. LAURENT, BAZIN, COSTE, HOLLARD, GERVAIS ET JACQUEMART. — T. II, num. 3, 4, 5 et 6.— Chez Levrault, rue de la Harpe, 81.

A la fin de 1838 nous avons déjà rendu compte dans un premier article des *Annales françaises et étrangères d'anatomie et de physiologie*, et nous avons prédit que ce recueil, qui se recommandait par une rédaction élégante, des faits nombreux et variés, et surtout par des principes solides établis sur l'expérience et l'observation, devait fixer l'attention du monde savant. Les numéros qui ont paru successivement depuis cette époque sont venus confirmer notre prédiction ; une série de faits intéressants, et qui tous se rattachent ou s'appliquent à la médecine et à l'histoire naturelle, impriment à cet ouvrage un caractère spécial dont l'utilité est incontestable et sera justement appréciée de tous les hommes qui se livrent avec discernement à l'étude des sciences en général. Une énumération des matières contenues dans les cahiers que nous annonçons ici, et l'analyse rapide des documents importants qu'ils renferment, seront la



meilleure preuve que nous puissions donner que les *Annales d'anatomie et de physiologie* ne sont pas une entreprise mercantile, mais bien une œuvre savante et consciencieuse, où l'induction logique découle toujours des faits observés avec la plus sévère exactitude.

Le troisième et le quatrième cahier contiennent plusieurs extraits fort curieux des travaux les plus remarquables qui ont paru en France ou à l'étranger, et qui traitent de découvertes anatomiques ou physiologiques. C'est ainsi que les expériences sur la température des animaux à sang-froid par *A. Berthols*, les recherches sur la température des insectes par *G. Newport*, le travail du docteur *Heule* sur l'épithelium des membranes muqueuses, sont analysés avec la plus grande fidélité et avec des développements qui permettent d'apprécier et de bien connaître ce qu'il y a de plus important dans les livres originaux. Ces deux cahiers renferment aussi, indépendamment d'un mémoire très-étendu de M. *de Mainville*, ayant pour titre : *Recherches sur l'ancienneté des mammifères insectivores à la surface de la terre*, une note par M. le docteur *Basin*, sur un état pathologique particulier du réseau vasculaire sous-pleural, observé sur un poumon d'agouti (*cavia acoti*). Depuis que M. Basin se livre à l'étude de la structure intime normale et pathologique des organes de la respiration, la phthisie et la pneumonie ont été les maladies qu'il a observées chez presque tous les animaux qu'il a eu l'occasion d'examiner au Jardin des Plantes.

Depuis bientôt trois ans que ce médecin poursuit ses recherches dans le laboratoire d'anatomie comparée, ces affections se sont présentées à son observation sous les formes les plus variées dans les trois premières classes d'animaux vertébrés. Toutefois, une particularité qu'il n'avait jamais remarquée vient d'être offerte par un agouti mort à la Ménagerie.

Cet agouti est mort pneumonique. Les sept lobes de son poumon étaient plus ou moins hépatisés ; et les deux lobes postérieurs, qui seuls forment les deux tiers du poumon, étaient à l'état d'hépatisation grise, ou prêts à entrer en suppuration. Mais ce qui a frappé l'attention de M. Basin, c'est un réseau d'apparence vasculaire, presque semblable à celui d'une injection de lymphatiques qui aurait

bien réussi. On aperçoit quelques granulations au milieu des mailles de ce réseau ; et vers la partie supérieure de ce lobe, la matière qui remplit les vaisseaux paraît avoir transsudé et s'être épanchée, de sorte que l'on ne distingue plus que faiblement la trace des vaisseaux. M. Basin a essayé d'injecter ce réseau avec du mercure, et bien que l'état de plénitude des vaisseaux se soit opposé au cours du métal, l'injection a cependant suffisamment réussi pour qu'on puisse penser qu'il était bien réellement vasculaire, sans néanmoins pouvoir affirmer qu'il était dû exclusivement aux lymphatiques. La dissection a fourni le même résultat, et a fait voir ces vaisseaux remplis d'une matière d'un blanc grisâtre qui se séparait difficilement de leurs parois, et dont la consistance était presque fibrineuse.

Dans le cinquième numéro du recueil dont nous rendons compte se trouve l'exposé de recherches anatomiques et microscopiques sur le foie des mammifères. Ce mémoire, qui a pour auteurs MM. Dujardin et Verger, nous a paru fort remarquable : il tend à prouver que c'est l'artère hépathique qui fournit très-probablement les éléments digestifs de la bile, et que la veine porte n'en fournit que la partie excrémentitielle, ou celle qui, tout-à-fait impropre à la digestion, passe inaltérée dans les excréments ; et conséquemment, d'après le calibre relatif de ces deux ordres de vaisseaux, on peut admettre que le foie est pour les cinq sixièmes environ de la masse un organe d'hématose ou de respiration abdominale, et pour un sixième de sa masse seulement un organe glandulaire sécrétant des sucs digestifs.

Dans ce cahier se trouvent aussi des extraits d'un travail sur le système vasculaire des phoques, traduit de l'allemand de *Durow* par *Hœfer*, un mémoire sur l'existence d'un organe auditif dans quelques ptéropodes et gastéropodes par MM. *Egdoux* et *Souleget*, des recherches sur la spongille fluviatile par M. *Laurent* ; enfin, une analyse de l'anatomie microscopique du docteur *Louis Mandl*.

Le dernier cahier des *Annales d'anatomie et de physiologie* contient plusieurs articles qui sont presque tous du domaine de l'histoire naturelle ; toutefois, nous y avons remarqué un résumé succinct des recherches microscopiques faites sur la muqueuse des intestins des malades atteints du choléra asiatique, par le docteur *Ludwig Boehm*.

M. Boehm est connu dans le monde savant par un ouvrage estimé qui traite des glandes intestinales. Dans ces derniers temps ce médecin a étudié chez des cholériques les divers changements du tube digestif depuis l'altération la plus légère jusqu'à une destruction complète des tuniques intestinales et de leurs glandes. Il a vu l'épithelium se détacher en grandes plaques, se diviser en des parties élémentaires, et former le sédiment des sécrétions intestinales et des liquides vomis en abondance par les personnes attaquées du choléra-morbus. Il a poursuivi cet état de desquammation dans ses divers degrés sur la membrane muqueuse de l'intestin grêle, et il a trouvé que les villosités intestinales étaient remplies d'un liquide huileux; les observations de l'honorable médecin de Berlin nous paraissent assez curieuses pour les faire connaître avec quelque étendue.

1° *Desquammation de l'épithelium.* Le principal foyer de ce phénomène est l'intestin grêle. La desquammation s'observe moins dans l'estomac; elle est presque nulle dans le cœcum; elle ne se fait point uniformément sur toute la surface du petit intestin; la fin de cette partie du canal intestinal et les valvules de *Kerkring* sont les points sur lesquels elle est le plus prononcée. Cette desquammation est reconnaissable à l'œil nu par une couleur blanche et un aspect velouté de la muqueuse. Les enveloppes que l'épithelium présente à chaque villosité se détachent sous forme de phlyctènes, en sorte que les enveloppes, quoique détachées des villosités, sont continues entre elles.

2° *Examen microscopique des matières contenues dans l'estomac et l'intestin, désignées sous le nom de matières cholériques.* On ne s'est pas occupé seulement en Allemagne des recherches microscopiques dans le choléra; elles ont également en France fixé l'attention de plusieurs médecins. M. le docteur Nonat a plus particulièrement étudié ce sujet intéressant, et il résulte de ses nombreuses observations qu'en effet la membrane muqueuse intestinale était dépouillée de son épithelium, et que cette lésion se rencontrait le plus souvent dans l'iléon. Toutefois, ce médecin ne pense pas que la matière floconneuse trouvée dans les liquides des intestins fût entièrement due aux débris de l'épithelium puisqu'il a ob-

servé les mêmes flocons dans le liquide que contenaient les granulations folliculeuses de l'intestin, de telle sorte qu'il est probable que la matière blanchâtre, crêmeuse, généralement observée chez les cholériques, est à la fois composée de l'épithelium et des produits fournis par les follicules. Presque tous les médecins qui ont écrit sur le choléra ont dit que la présence des *liquides cholériques* est le seul caractère constant, on pourrait ajouter même spécifique, qu'on rencontre toujours chez les individus qui ont succombé dans la période de l'asphyxie; on s'est efforcé de caractériser ce liquide en le désignant tour à tour par les épithètes de *floconneux*, *crêmeux*, *semblable à l'eau de riz*, etc. Ce n'est qu'à l'aide du microscope, suivant M. *Boehm*, qu'on peut découvrir la raison de ces différents aspects. Ce sont constamment les débris de l'épithelium mêlés aux liquides qui donnent lieu à ces différents aspects, selon qu'ils sont plus ou moins abondants.

Les degrés divers de la maladie produisent une destruction plus ou moins forte de l'épithelium dont les parties élémentaires agrégées sous forme de flocons, ou désagrégées, restent en suspension, ou forment un sédiment. Telle est la cause des *différents aspects* des liquides cholériques.

M. Boehm fait remarquer que les sécrétions ne contenaient aucun débris de l'épithelium ; il croit donc que ces débris charriés par les liquides de l'intestin grêle et mêlés avec ceux du cœcum, sont dissous lorsqu'ils arrivent dans le dernier intestin. L'auteur a en outre observé qu'il s'effectuait aussi, 1° une exhalation sanguine produite en partie par la déchirure des vaisseaux, et en partie par une véritable dissolution du sang ; 2° des ecchymoses sur la membrane muqueuse, qui, lorsqu'elles sont essuyées, laissent encore transsuder du sang ; 3° de l'examen de l'*urine* il résulte que le liquide laiteux ou crêmeux, qu'on trouve dans les calices des reins, doit aussi son aspect aux débris de l'épithelium; ce sont des corpuscules pyramidaux terminés par une extrémité flexible et offrant à l'autre extrémité un noyau. L'urine contenue dans la vessie présente des débris d'épithelium semblables à ceux qu'on trouve dans la salive de la bouche; 4° enfin, M. Boehm a vu, à l'extrémité des villosités des cholériques, une ou deux gouttelettes de suc huileux qu'il pouvait

exprimer, et en exprimant cette gouttelette, elle échappait quelquefois au bout de la villosité, quelquefois elle en parcourait la longueur et sortait par l'autre bout ; et si l'on fait coaguler ce suc huileux en conservant une portion de la membrane muqueuse dans l'alcool ou dans l'eau salée, il se transforme en un noyau blanchâtre qu'on peut diviser, en le comprimant, en plusieurs fragments concentriques. Ce noyau paraît être traversé par des filaments de tissu cellulaire.

Dans cette liste des matières contenues dans les derniers cahiers des Annales nous avons eu soin de ne rapporter que des extraits tirés des mémoires qui se rattachaient plus particulièrement aux sciences médicales ; il ne nous pas été possible, par conséquent, de donner une idée bien exacte des divers travaux d'histoire naturelle que ces cahiers renferment, et de mettre les lecteurs à même d'apprécier l'ensemble d'un recueil où tout se lie, se coordonne pour arriver à la démonstration des applications que l'anatomie et la physiologie humaines doivent retirer de l'anatomie et de la physiologie comparées.

J. D.

Considérations générales sur l'état de la médecine, par A. Signoret, docteur en médecine, pharmacien de l'école de Paris, etc. Deuxième partie.

Au commencement de ces considérations, M. Signoret a reproduit l'article que nous publiâmes dans le cahier de la *Revue* de septembre 1838, sur la première partie de son travail. Loin d'avoir modifié notre opinion, la réponse de M. Signoret la confirme au contraire, et il nous sera facile de le démontrer. Toutefois, avant d'entrer en discussion, nous désirons faire connaître à nos lecteurs ce que M. Signoret pense de la question même des forces. « Nous l'avouons, » dit-il : au premier abord, *nous ne nous doutions pas* que cette » question dût nous offrir *tant d'intérêt* ; mais lorsque après l'avoir » méditée, nous nous sommes demandé ce qu'on entendait par » *forces*, nous avons vu *s'ouvrir un champ immense qui nous était* » *inconnu*, et nous n'avons pu résister au désir d'y faire une *courte*

» excursion. » Nous sommes heureux d'avoir fourni à M. Signoret une occasion de s'arrêter sur cette si importante question des forces, de la méditer sérieusement ; mais nous regrettons qu'il n'y ait fait, comme il le dit lui-même, qu'une courte excursion, car c'est une question capitale. Aussi ne sommes-nous pas étonnés de voir que cette excursion n'ait pas eu autant d'utilité que nous l'aurions désiré, pour la manifestation de la vérité. Toutefois, nous croyons être plus près de nous entendre avec M. Signoret qu'il ne paraît le penser. Ce qui établit entre nos opinions cette différence, ce sont les termes dont il se sert. Non que ce soit une pure querelle de mots que nous prenions plaisir à lui susciter, car il n'est pas dans nos habitudes de perdre notre temps à de pareils jeux ; mais c'est que, convaincu que les mots ont un sens absolu et non arbitraire, que chacun d'eux renferme une pensée déterminée, nous pensons qu'on doit être très-sévère sur les termes qu'emploie un auteur, et qu'on ne doit pas le laisser libre de leur donner l'acception qu'il lui plaît. Car, une fois cette liberté accordée, il n'y a plus de science possible, et chacune d'elles deviendrait une véritable Babel. Pénétrés de cette vérité, nous allons suivre M. Signoret dans sa réponse, et lui montrer que s'il y a dissidence entre nous, elle provient de ce qu'il n'a pas conservé aux mots leur sens propre, et leur en a donné un tout-à-fait arbitraire.

« L'expression *forces vitales*, dit M. Signoret, que nous propose » l'auteur de la note que nous venons de transcrire, ne rendrait » point notre pensée : par les mots *levain, ferment* ou *principe* » *vital*, nous ne voulons pas désigner une force seulement, mais » bien ce quelque chose d'insaisissable qui entre dans la matière » organisée. L'expression *forces vitales* désigne, pour nous, l'en» semble des forces au moyen desquelles s'opèrent tous les actes vi» taux connus sous le nom de fonctions vitales ; elle ne pourrait » donc remplacer, dans le sens que nous l'avons employée, l'ex» pression *levain*, *ferment* ou principe vital. L'auteur de l'article » auquel nous répondons semble repousser entièrement l'idée d'un » agent ou d'un *principe vital se combinant avec la matière*, et » rapporte tous les phénomènes vitaux et la formation de la matière » organisée elle-même, *aux forces vitales*...» Ce n'est au contraire,

dit M. Signoret, p. 149, qu'après la formation de la matière vivante que les forces vitales sont engendrées.

En substituant le mot *forces vitales* à celui de force vitale dont nous nous étions servi, M. Signoret a prouvé qu'il n'avait pas saisi notre pensée, et il a en outre déplacé la question. De quoi s'agissait-il en effet ? Quel était le problème à résoudre ? M. Signoret, partant de l'idée que, dans les corps organisés et vivants, il y a autre chose que ce que fournit l'analyse physique ou même anatomique, autre chose que ce qu'on appelle matière, avait regardé cet autre chose comme un levain, un ferment, *un principe vital, qui, combiné avec la matière proprement dite*, donne toutes les variétés vivantes, et préside à leur développement et à leur conservation.

On le voit clairement : il s'agissait de déterminer la nature de ce quelque chose d'insaisissable qui entre, pour me servir des expressions de M. Signoret, dans la matière organisée, il s'agissait de formuler le véritable caractère du principe de vie en nous. M. Signoret en avait fait un levain, un ferment : après avoir posé une question à jamais insoluble, il l'avait déclinée par une hypothèse, et au lieu de se contenter de dire qu'il se pourrait passer en nous des phénomènes semblables à ceux de la fermentation, il avait prétendu que le principe vital n'était autre chose qu'un ferment, un levain. Nous dûmes combattre une opinion aussi erronée, nous dûmes dire à M. Signoret qu'il eût évité cette erreur si, au lieu de se servir, pour désigner la cause inconnue des phénomènes de la vie, des mots de ferment, de levain comme synonymes de celui de principe vital, il eût dit tout simplement la *force vitale.*

A cela M. Signoret répond que l'expression de *forces vitales* ne peut remplacer à ses yeux celle de *principe vital*, parce que la première désigne l'ensemble des forces au moyen desquelles s'opèrent tous les actes vitaux, et que la deuxième indique l'agent même de la vie. Cette objection, sans qu'il s'en aperçoive, est une réfutation complète de la répugnance qu'éprouve M. Signoret à remplacer le mot de principe vital par celui de force vitale.

En effet, puisque M. Signoret accorde que *les forces vitales* sont l'ensemble des forces au moyen desquelles s'opèrent tous les actes vitaux, il est nécessairement obligé d'admettre que *la force vitale* est la force *une*, qui, régie par une loi *une*, produit en nous

l'acte *un* qu'on nomme la vie. Or, je n'ai pas dit autre chose. M. Signoret, il est vrai, a cru que je lui proposais le mot de *forces vitales*, mais c'est celui de force vitale seul qui se trouve plusieurs fois répété dans mon premier article. Nous sommes donc en droit de conclure que le principe vital en nous est une force. Maintenant, on peut se demander si cette force est analogue à celle que contient un levain, et qui se manifeste, par exemple, dans la fermentation panaire. Pour résoudre ce problème, il suffit de considérer si les lois de la vie sont les mêmes que celles de la fermentation. S'il en est autrement, (et qui pourrait dire le contraire ?) il est permis, sans autre examen, de rejeter l'hypothèse que le principe vital en nous est un levain.

Nous pourrions borner la notre réplique à la réponse de M. Signoret, car nous avons invinciblement démontré ce qu'il s'agissait de démontrer ; mais l'article de M. Signoret présentant de graves erreurs sur la nature des forces, nous nous ferons d'autant plus un devoir de les relever que ce médecin a fait un appel à notre critique.

Et d'abord, M. Signoret n'a pas une idée bien nette de ce qu'est une force; car, p. 152, il ne voit dans les forces que des moyens mécaniques ; page 153, il demande si aucune force pourrait produire ce corps connu sous le nom de sulfate de soude sans les deux éléments nécessaires, l'acide et la base. Et il ajoute : La formation de ce composé n'est pas le résultat de l'action d'une force sur la matière, mais bien *d'un phénomène qu'aucun mot de notre langue ne peut traduire*, et qui consiste dans la fusion de deux atômes..... Puis oubliant quelques lignes plus bas ce qu'il vient de dire, il définit la force, cette espèce de sympathie qui porte les atômes de nature différente à s'unir et à se confondre. Page 147, il dit que les forces ne sont que les attributs des corps, qu'elles n'ont pas une existence propre, indépendante de la matière. P. 149, il établit que les forces vitales ne sont engendrées qu'après la formation de la matière vivante, et cependant il admet qu'il n'y a pas de panification possible sans l'existence primitive d'un principe fermentescible, comme s'il était plus possible de concevoir une vivification quelconque sans l'existence antérieure d'une force qui la produise. Enfin, page 155, il suppose que nous entendons par le mot de force

une *entité intelligente*, et c'est par la réfutation de cette erreur que je commence.

M. Signoret n'a pas compris ce que nous entendons par le mot de force, puisqu'il pense que nous désignons par lui *une entité intelligente*, pouvant choisir et réunir des éléments divers pour en former des composés. Nous n'avons jamais rien imprimé de semblable, et nous ne le pouvions faire; car nous concevons bien des volontés intelligentes, mais non pas des forces intelligentes. Ce que nous concevons aussi, ce sont des forces déterminées par des lois, lois pleines de raison, pleines de sagesse, car elles sont émanées de Dieu pour créer toutes choses, et c'est par elles que toutes choses persistent. Quand donc M. Signoret cite l'exemple du sulfate de soude, et demande si aucune force pourrait produire ce sel sans les deux éléments nécessaires, l'acide et la base, il prouve que, dans son excursion trop courte dans la question des forces, il n'a pas été jusqu'au terme qui seul pouvait lui en donner la solution. Si, en effet, à côté du mot de force, on ne pose pas aussitôt celui de loi, on s'égarera sans fin dans ce champ immense, comme l'a défini M. Signoret. Ce mot seul peut jeter une véritable lumière sur cette question ; ce mot seul la résout ; car c'est lui qui donne la mesure de toute force, puisque c'est lui qui en détermine l'exercice, la règle, la contient dans des limites infranchissables.

Pour en revenir donc à l'exemple du sulfate de soude cité par M. Signoret, je dirai : sans acide et sans base, aucune force ne peut produire du sulfate de soude ; mais que prouve cela ? qu'il n'y a pas de force qui produit le sulfate de soude ? Ce n'est pas moins absurde que lorsqu'on argumente contre la toute-puissance de Dieu, en objectant qu'il ne peut pas faire un bâton sans deux bouts. La seule conclusion logique qu'on puisse déduire du fait objecté par M. Signoret, c'est que la loi qui règle la formation du sulfate de soude veut impérieusement que les éléments nécessaires à cette formation se trouvent dans des conditions déterminées pour que la force qui doit produire ce sel agisse. Cette explication, ce me semble, me paraît préférable à celle de M. Signoret. La formation de ce composé, dit-il, n'est pas le résultat de l'action d'une force sur la matière, mais bien *d'un phénomène qu'aucun mot de notre lan-*

gne ne peut traduire, et qui consiste dans la fusion de deux atômes, etc., etc. Voyez dans quel vague ce médecin est obligé de se jeter pour éviter d'employer le mot de force. Qu'est-ce, je le demande, que *ce phénomène qu'aucun mot de notre langue ne peut traduire et qui consiste dans la fusion de deux atômes ?* Mais ce phénomène qu'aucun mot ne peut traduire, cette fusion de deux atômes, doivent être le résultat de quelque chose. Direz-vous qu'ils sont aussi eux-mêmes le résultat d'un phénomène antérieur qu'aucun mot de notre langue ne peut traduire : mais je vous demanderai alors si ce phénomène antérieur, qu'aucun mot de notre langue ne peut traduire, est un mot spontané, sans antécédents, sans cause ; s'il n'en pas ainsi, de quoi est-il le résultat ? est-ce encore d'un phénomène qu'aucun mot de notre langue ne peut traduire? Nous demandons bien pardon à M. Signoret d'avoir poussé aussi loin une semblable argumentation ; nous n'avons eu d'autre intention que de le bien convaincre qu'il ne pouvait sortir de cet impasse qu'en disant avec nous : Tous les phénomènes, quels qu'ils soient, sont produits par des forces, et les forces sont déterminées dans leur exercice par des lois constantes. Aussi, quand nous voulons agir sur la nature, comment procédons-nous ? Connaissant les lois qui la régissent, nous nous plaçons dans les termes de ces lois, et les forces se produisent. Nous imitons alors Dieu, si j'ose m'exprimer ainsi, qui, lorsqu'il créa toute chose, se plaça, par sa volonté, dans les lois qui firent sortir toutes choses du néant et qui les empêchent d'y rentrer. Et pour me servir de l'exemple du levier (car, avec M. Signoret, nous pensons que dans une matière aussi ardue les exemples sont d'une grande utilité), que faisons-nous quand nous voulons produire de la force par son intermédiaire ? Nous contentons-nous de poser l'extrémité du bras le plus court des leviers sous le corps que nous voulons soulever, et de considérer si le levier le soulèvera lui-même ? Non. Nous appliquons les mains sur l'autre bras, et nous agissons sur lui par notre volonté. Est-ce là tout? Non : car si nous nous plaçons trop près du point d'appui, nos efforts sont vains, et le corps reste immobile. Que faut-il donc encore? Connaissant les lois du levier, nous nous plaçons à une distance du point d'appui déterminée par ces lois, et alors le petit doigt d'un petit enfant peut facilement soulever des

masses. Aussi Archimède a-t-il pu dire : Donnez-moi un point d'appui et un levier, et je souleverai la terre.

Ce que nous venons de dire de la force qui se manifeste par l'intermédiaire du levier, est applicable à toutes les forces. Toutes sont *déterminées* dans leur manifestation par *des lois invariables.* Au reste, cette proposition ressort nécessairement des propres paroles de M. Signoret, qui, p. 156, dit : « Le Tout-Puissant, en créant » les éléments divers, *a déterminé les limites* dans lesquelles ils » pourraient se combiner, *a réglé pour toujours* le nombre et la » variété des composés possibles.... » N'est-ce pas reconnaître avec nous que les éléments ont été soumis par Dieu à des lois qui les régissent. Mais admettre des lois, n'est-ce pas proclamer l'existence des forces qu'elles déterminent ? car les lois ne sont rien sans les forces qui sont partie inhérente des lois même. Ainsi, si nous considérons la matière d'une manière absolue, nous la trouvons complètement inerte. Il faut donc, pour devenir active, qu'elle trouve en dehors d'elle une puissance qui détermine son action. Cette puissance est ce qu'on nomme une force ; mais la force elle-même, considérée d'une manière abstraite, ainsi que nous l'avons fait pour la matière, est inactive sans la loi qui la détermine, et dont, avons-nous dit, elle est partie inhérente. La loi est donc tout pour nous ; or, qu'est-ce que la loi ? c'est la volonté exprimée de Dieu. Or, peut-on dire que la volonté exprimée de Dieu soit un attribut des corps ? C'est cependant ce qu'a fait implicitement M. Signoret, puisqu'il a dit que les forces n'étaient que les attributs des corps. Si les forces sont les attributs des corps, les lois dont elles sont partie inhérente en sont aussi les attributs, et comme les lois sont la volonté exprimée de Dieu, la volonté exprimée de Dieu est donc un attribut des corps, ce qui est absurde.

Nous croyons en avoir dit assez sur cette question des forces et des lois. Il nous reste un devoir pénible à remplir. Nous avions pensé, en voyant M. Signoret aborder les questions les plus hautes de la science, que ce médecin s'essayait à d'utiles et de consciencieux travaux ; aussi avons-nous été douloureusement surpris quand nous avons reconnu que tout son travail philosophique n'avait été fait que pour servir de piédestal à la médecine Leroy. Nous n'avons pu nous empêcher de dire avec Horace :

Desinit in piscem mulier formosa supernè.

et la pensée nous est venue de nous taire sur M. Signoret, dans la crainte que notre réponse ne servît à donner à son travail une importance qu'il ne mérite pas. Cette pensée est devenue plus impérieuse quand on nous a remis un livre qui se vend dans l'antichambre de M. Signoret, et qui n'est autre chose que la 15e édition de la *médecine perfective* de Leroy. Mais nous l'avons éloignée, espérant que M. Signoret s'arrêterait à temps dans la voie déplorable où il s'est peut-être engagé trop légèrement, et sans en calculer assez les conséquences.

A. F.

Traité des maladies des reins et des altérations de la sécrétion urinaire, étudiées en elles-mêmes et dans leurs rapports avec les maladies des uretères, de la vessie, de la prostate, de l'urètre, etc.; par P. Rayer, médecin de l'hôpital de la Charité, etc., etc. — 1er volume. Paris, 1839. J.-B. Baillière.

Les maladies des reins semblent n'avoir jusqu'ici fixé que d'une manière fort superficielle l'attention des pathologistes. Aucun ouvrage important n'a encore été publié sur ce sujet ; et bien qu'un nombre immense de dissertations et de mémoires annoncent la prétention de traiter des maladies de ces organes, il est vrai de dire que nous sommes sous ce rapport d'une déplorable pauvreté. C'est pour combler cette lacune de la science que M. Rayer a entrepris l'ouvrage dont le titre se trouve en tête de cette notice. Il lui a consacré des années d'études consciencieuses et d'observation patiente, soit en ville, soit à l'hôpital de la Charité. Un sujet quelconque étudié avec cette ardeur intelligente, cette rare persévérance, ne pouvait manquer d'être éclairé de vives lumières. Le livre de M. Rayer tient tout ce que pouvait promettre un travail entrepris dans d'aussi favorables circonstances. Il sera du petit nombre de ces livres qui resteront dans la science pour témoigner du talent d'observation et de l'esprit éminemment investigateur de leur auteur.

Depuis long-temps les altérations de l'urine avaient cessé d'occuper les médecins et étaient regardées comme un reste des idées humorales du quinzième et du seizième siècle. Les travaux entrepris sur ce sujet en Angleterre par Bostock, Prout, Marcet, etc., étaient peu connus et surtout peu appréciés. Et cependant, comme le fait très-bien observer M. Rayer, négliger les altérations de la sécrétion urinaire c'était se fermer d'avance le chemin des observations fructueuses dans le champ de la pathologie rénale.

Le travail de Bright sur l'affection granuleuse des reins avait bien commencé à faire sentir la valeur de l'étude des altérations de l'urine comme signe des maladies de l'appareil urinaire; mais on s'en était tenu à quelques essais incomplets et timides.

C'est à M. Rayer qu'il était réservé de faire sentir toutes les ressources de ce mode d'investigation, auquel il a consacré dans son livre une place proportionnée à son importance. Près de 200 pages sont employées à étudier les différentes altérations de l'urine et les rapports de ces altérations avec les altérations du sang et des autres humeurs.

L'auteur a mis à profit pour cette étude tous les moyens d'investigation que fournissent la physique et la chimie, bien différent en cela de ces médecins qui méprisent comme inutiles ou même comme dangereux les secours des autres sciences. Dans le Traité des maladies des reins, l'inspection microscopique et l'analyse chimique sont appelées à éclairer les résultats de l'examen clinique; ces moyens d'investigation viennent se prêter un mutuel appui; et de l'ensemble des données qu'ils fournissent ressortent presque toujours de nouvelles lumières.

Un écueil que M. Rayer a su éviter avec bonheur, c'est de s'en tenir exclusivement aux résultats de ses propres recherches. Il n'a pas craint de faire une large part aux travaux de ses devanciers. Tout ce que renferme sur la pathologie rénale la littérature médicale ancienne et moderne, française et étrangère, a été recueilli avec le plus grand soin, discuté, apprécié à sa juste valeur. C'est chose bien rare au temps où nous vivons qu'un médecin qui consente à s'occuper de travaux autres que les siens ou ceux de ses amis. Aujourd'hui, il est de mode de tenir en très-petite estime tout ce que

l'on n'a pas fait soi-même ; et quant aux travaux étrangers, on n'y pense même pas. Qui les connaît d'ailleurs ? Et cependant, qui ne convient qu'un seul homme ne peut élever à lui seul tout l'édifice de la science ? Pourquoi donc se condamner à recommencer éternellement le même travail, pendant qu'il reste tant de choses qui ont échappé jusqu'ici à l'étude ? Le livre que nous avons sous les yeux est une preuve remarquable des nombreuses ressources que fournissent sur presque toutes les questions les archives de la science, pour peu que l'on veuille bien se donner la peine d'y fouiller.

L'ouvrage de M. Rayer se distingue encore par un autre genre de mérite. Les auteurs récents, en étudiant les maladies des différents organes, se sont presque toujours bornés à les considérer comme des affections purement locales, sans s'occuper de leurs rapports avec d'autres maladies. C'est restreindre beaucoup son sujet, c'est le priver d'une grande partie de son intérêt. Il importe beaucoup que ce point de vue de l'histoire des maladies attire l'attention des pathologistes. Dans le livre que nous annonçons, il occupe une place digne de son importance. L'auteur a insisté, et beaucoup, sur les rapports des maladies des reins entre elles et avec les autres maladies des voies urinaires, ainsi qu'avec celles des autres organes, avec les affections générales, avec les diathèses, etc. Il fait ressortir de là des considérations d'une haute importance sous le rapport de l'étiologie, de la marche, du pronostic et du traitement d'un grand nombre de maladies entre lesquelles on n'avait jusqu'ici reconnu aucune liaison.

On conçoit facilement, d'après cet exposé, que l'ouvrage de M. Rayer sorte complètement de la foule des livres qui se publient chaque jour. C'est une œuvre neuve et originale, qui mérite au plus haut degré de fixer l'attention des médecins.

Nous aurions maintenant à présenter à nos lecteurs une analyse du livre dont nous avons cherché à leur donner une idée générale. C'est une tâche longue et difficile que celle de rassembler dans l'espace d'un article de journal le contenu d'un volume plein de faits et de déductions pratiques. Nous ne reculerons pas cependant devant cette difficulté : dans un prochain cahier de la *Revue*, nous

donnerons une analyse du livre de M. Rayer. En attendant, espérons que l'auteur poursuivra sans relâche son entreprise, et que les volumes suivants ne se feront pas attendre. Le magnifique atlas qui accompagne le texte et qui est de beaucoup en avance sur lui nous annonce que le reste de l'ouvrage ne sera pas d'une moindre importance que son commencement.

H. B.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Recherches cliniques sur l'auscultation des organes respiratoires, et sur la première période de la phthisie pulmonaire, faites dans le service de M. le professeur Andral ; par Jules Fournet, interne des hôpitaux de Paris, etc.; ouvrage couronné au concours des hôpitaux de Paris, année 1837.

Nota. Les recherches que comprend cet ouvrage portent sur deux sujets : 1° l'auscultation des organes respiratoires faite sur des principes différents de ceux qui avaient dirigé Laennec ; 2° l'histoire de la première période de la phthisie pulmonaire, les *causes* capables de faire naître cette maladie ou d'en favoriser le développement, sa *curabilité* à ses première et dernière périodes ; les *signes diagnostiques* de son premier degré, et le *traitement* hygiénique, préservatif ou curatif qu'on peut lui approprier. (Préf., p. 1.)

1 vol. in-8° de près de 1100 pages, divisé en deux parties, avec une planche en taille-douce. — Prix : 10 fr., et 13 fr. par la poste.

A Paris, chez J.-S. Chaudé, rue Molière, 2.

A Montpellier, chez Sévulle et Castel.

REVUE MÉDICALE.

(*Août 1839.*)

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES

SUR

UN CAS DE MORT PAR STRANGULATION OU PAR APOPLEXIE ;

Mémoire lu à la Société de médecine de Paris

PAR MAX. DURAND-FARDEL,

Interne de la Salpêtrière.

(Imprimé par décision de la Société.)

De vifs débats se sont, il y a quelque temps, élevés entre plusieurs médecins, dans une affaire de Cour d'assises, sur la question de savoir si une femme que l'on accusait son mari d'avoir étranglée, était morte par strangulation ou avait succombé à une attaque d'apoplexie. Des erreurs graves ont été émises, suivant nous, et cependant, par des circonstances faciles à concevoir, ceux qui les avaient prononcées ont eu raison devant des juges peu compétents en matière de science médicale. Ce fait nous a paru important, surtout par les conséquences qu'il a amenées : aussi, avons-nous cru utile de le faire connaître et d'insister sur les causes que nous pensons avoir induit en erreur des hommes éclairés sans doute, mais dont l'esprit ne paraît pas très-familier

avec les principes philosophiques qui doivent nous guider dans toutes les questions qui se rattachent à notre art.

Obligé d'exposer avec quelques détails le fait dont nous nous occupons, nous abrègerons autant que possible la discussion à laquelle nous avons cru devoir le soumettre, convaincu que chacun suppléera facilement aux lacunes nombreuses que nous y laisserons volontairement.

Dans l'audience de la Cour d'assises de Versailles du 26 février 1839 fut appelée l'affaire du nommé Mar., accusé d'avoir assassiné sa femme. Après l'audition de plusieurs témoins, M. le docteur M. fit la déposition suivante :

« Le 1er décembre dernier, vers huit heures et demie du soir, Mar., accompagné du nommé Mon., est venu chez moi me prier de venir voir sa femme qui, disait-il, était bien malade. Je m'y transportai de suite. La lumière était éteinte : pendant que Mar., s'occupait de la rallumer, j'écoutai et n'entendis aucun mouvement de respiration; quand on vit clair, j'aperçus dans le lit, à gauche, la forme d'une personne couchée. Cette vue me frappa : la partie où étaient les jambes était fortement déprimée; la couverture était dérangée, le drap du lit était collé contre les jambes et en dessinait la forme de telle sorte que les plis du drap s'imprimaient dans la peau. On ne voyait pas la tête; elle était couverte d'un oreiller ou édredon; je l'enlevai; le drap était jeté sur la face et se repliait sous la tête, je le retirai. A ce moment je fus frappé de la contraction des traits du visage, qui était fort pâle. Les cheveux étaient en désordre, et la main de la femme Mar., dont les doigts étaient devenus contractés, était relevée et présentait l'attitude de quelqu'un qui cherche à se défendre. J'aperçus de suite au cou un large sillon circulaire qui en faisait tout le tour; cette em-

preinte avait une forme parfaitement arrêtée et dessinée, et présentait dans un de ses points une légère ecchymose; je n'eus plus aucun doute sur la cause de la mort : cette malheureuse femme avait été étranglée. Je remarquai sur tout le corps, notamment sur les bras, des marques nombreuses de contusions; enfin, je soulevai la partie du drap qui couvrait les jambes et s'appliquait sur la peau des cuisses comme s'il avait été serré et foulé par un poids considérable, et je vis sur les deux cuisses l'empreinte d'ecchymoses récentes, comme celles qu'auraient dû produire les doigts de deux mains qui auraient maintenu et serré les jambes de la victime. J'en conclus que le crime avait probablement été commis par deux hommes dont l'un tenait et foulait les jambes, tandis que l'autre, soit avec un lien, soit avec ses deux mains, pressait le cou.»

J'extrais du dossier que j'ai entre les mains les passages suivants du rapport de MM. Bour. et M., docteurs en médecine à Étampes, chargés de pratiquer l'autopsie de la femme Mar. :

« Les téguments du crâne ne sont pas injectés notablement..... Les sinus et les vaisseaux de la dure-mère sont distendus par une assez grande quantité de sang, surtout en arrière. La substance cérébrale est ferme, d'une consistance normale; elle offre sur toute la partie médullaire une injection assez vive. Les veines de Galien, les plexus choroïdes sont peu distendus. Les ventricules contiennent un peu de sérosité citrine.

Le cervelet et la moelle allongée ne présentent rien de remarquable.

La bouche ouverte légèrement, on aperçoit, à l'entrée du pharynx, sur le voile du palais, une couche assez épaisse de

mucosités spumeuses. La peau du cou ayant été enlevée avec soin, nous n'avons trouvé, ni dans son épaisseur, ni dans le tissu cellulaire sous-cutané, ni dans les muscles, de traces d'épanchement, si ce n'est cependant un point circulaire de trois lignes de diamètre sous la peau de la partie latérale gauche du larynx..... Aucune altération à l'extérieur du larynx et de la trachée.....

Les poumons remplissent exactement le thorax.

L'épiglotte est relevée, la glotte libre, la membrane muqueuse laryngienne injectée ; la trachée exactement remplie par une mucosité spumeuse blanche, offre une rougeur assez vive dans sa moitié inférieure. Les bronches, distendues par des mucosités spumeuses et sanguinolentes, sont d'un rouge brun à leur surface interne.

Les deux poumons sont d'un brun foncé, surtout à leur partie postérieure et inférieure ; le droit l'est un peu plus que le gauche. En les incisant on voit ruisseler sous le scalpel une quantité prodigieuse de sang spumeux mêlé à des mucosités ; leur tissu est partout crépitant ; les parties les plus engorgées, jetées dans l'eau, surnagent ce liquide.

Le cœur est entièrement vide de sang, assez ferme ; les gros troncs vasculaires le sont également; mais il est à noter qu'à la dissection du col et à l'ouverture de la poitrine une énorme quantité de sang noir et fluide s'était échappée (1)...

Conclusions. — De l'examen attentif de ces faits nous croyons devoir conclure, 1° que la femme Mar. avait cessé

---

(1) Le prévenu avait paru attribuer la mort de sa femme à un excès récent d'alcool; mais les liquides contenus dans l'estomac ne présentaient aucune odeur qui pût révéler la présence de ce liquide.

de vivre depuis environ trois à quatre heures à l'époque où nous avons examiné son cadavre; 2° qu'en raison du défaut d'altérations organiques dans la tête et le ventre, nous pensons devoir attribuer sa mort à celles que nous ont offertes les viscères contenus dans le thorax, et que l'asphyxie par suspension d'air vital dans les poumons l'a déterminée; ce que l'engorgement pulmonaire, qui paraît récent, la vive injection de la plupart des canaux aériens, et l'immense quantité de mucosités spumeuses et sanguinolentes que renfermaient ces conduits, nous autorisent à admettre; 3° que quant à la manière dont cette asphyxie a été produite, bien que nous ne puissions émettre à cet égard que des conjectures, il nous semble assez probable qu'elle a été le résultat d'un lien large, ou peut-être des deux mains serrées fortement autour du cou; d'un autre côté, la disposition des draps, les sillons imprimés sur la jambe droite, la forme des ecchymoses des membres inférieurs..., la dépression du lit, viennent encore corroborer cette idée..... (1).»

Sur la demande du défenseur de l'accusé, M. le président fait mander à l'audience MM. V. et Bal., docteurs en médecine à Versailles. Après la lecture du rapport, M. V., en l'absence de son confrère, fait la déclaration suivante :

« Deux ordres d'ecchymoses ont été remarquées sur différentes parties du corps, et je n'en peux rien conclure, si-

(1) La femme Mar. avait l'habitude de s'enivrer. Son mari raconta que le jour de sa mort il l'avait quittée à une heure bien portante; seulement elle n'était pas en train. Lorsqu'il rentra à quatre heures, il la trouva couchée, ayant la couverture et l'oreiller sur la tête. Il lui parla, elle ne répondit pas. Il courut alors aussitôt chercher le docteur Mar., qui, à son arrivée, la trouva sans vie.

non que les unes sont anciennes et les autres récentes, et on n'en peut rien conclure quant à la strangulation.

» L'injection du cerveau et l'engorgement des poumons me portent à penser que cette femme a pu succomber à une attaque d'apoplexie.

» Quant au sillon circulaire remarqué autour du cou, il n'est pas nécessairement la preuve de la strangulation. D'abord, il me paraît difficile d'admettre que cette empreinte, qui n'a pas été suivie d'ecchymoses et a disparu le lendemain de la mort, ait pu provenir d'une pression assez forte pour suspendre l'introduction de l'air; mais il y a plus, on a vu des personnes frappées d'apoplexie, qui, n'ayant été en aucune façon victimes de violences, portaient néanmoins autour du cou des empreintes circulaires précisément semblables à celles désignées dans ce rapport, et parfaitement semblables à la lésion avec empreinte qu'aurait gravée sur le cou la pression des mains ou d'une corde. M. Nav., médecin distingué de cette ville, a eu l'occasion de constater récemment ce fait chez une de ses clientes, qui a eu une attaque d'apoplexie, et qui avait autour du cou un sillon *profond* tout-à-fait semblable à celui de la femme Mar., si marqué, que quinze jours après l'attaque il existait encore.

» M. le Prés.— Bien que les poumons ne portent pas ou portent peu de traces de lésions, le cerveau de légères injections, vous pensez qu'il a pu y avoir apoplexie?

» M. V.— Je le pense; il y avait désordre dans le cerveau, il y avait engorgement du poumon, et souvent l'apoplexie, surtout quand elle est vive, n'a pas d'autres traces..... Et je pense, de l'ensemble des faits constatés, que cette femme n'a vraisemblablement pas été étranglée, mais est morte d'apoplexie.

» M. Bal. — Je pense que les faits constatés ne prouvent ni ne démontrent la mort violente par strangulation; je pense qu'au contraire cette femme a pu et dû succomber à une attaque d'apoplexie ; je pense enfin que l'empreinte circulaire très-nette et large autour du cou se retrouve assez fréquemment dans ce genre de mort, et ne provient pas de la strangulation ; j'ai à cet égard l'autorité de mon expérience personnelle. Je suis dans la ville de Versailles appelé à constater les décès ; à ce titre j'ai vu beaucoup de cas d'apoplexie, et j'ai fréquemment vu ce sillon autour du cou des personnes mortes de cette maladie, fréquente surtont chez celles qui se livrent aux liqueurs alcooliques. Cette remarque m'a d'autant plus frappé, que dans les premiers temps j'étais effrayé de ces empreintes et les attribuais au crime..... En résumé, il résulte du rapport que la femme Mar. n'est probablement pas morte de mort violente, ni étranglée, mais d'apoplexie.»

Enfin, M. V. ajoute que la grande quantité de mucosités spumeuses remarquées dans les voies respiratoires chez la femme Mar., exclut l'idée de strangulation qui aurait amené soudainement la mort, mais prouve l'apoplexie.

MM. Bour. et M. persistent dans leur opinion. Après de savants et vifs débats entre les quatre docteurs, M. le procureur du roi déclare devoir à la loyauté de sa mission d'abandonner l'accusation en présence des lumières nouvelles jaillies des débats et des déclarations des hommes de l'art.

(Extrait du journal *le Droit* du 26 fév. 1839.)

La manière de voir qui a dicté ces conclusions me paraît complètement erronée, et j'espère le démontrer sans peine en analysant le fait sur lequel a roulé la discussion et dont je viens de rendre compte.

Mais ici plusieurs questions se présentent. Qu'est-ce que MM. V. et Bal. ont entendu par le mot apoplexie? Est-il possible d'admettre que la femme Mar. ait succombé à ce que l'on est convenu d'appeler apoplexie?

Une des choses qui contribuent le plus puissamment à retarder les progrès d'une science, c'est à coup sûr le peu de précision de la langue qui lui est propre, de sa nomenclature; et de toutes les sciences, la médecine est assurément celle qui a eu le plus à souffrir de cette incertitude de langage.

Dans un mémoire publié dans la *Gazette médicale* du 5 mai 1838, j'avais insisté sur la nécessité de donner au mot apoplexie une acception précise, certaine, et qui fixât les idées lorsque ce mot est employé, et j'avais proposé avec plusieurs médecins, parmi lesquels je m'honore de compter deux de mes maîtres, M. Rochoux et M. le professeur Cruveilhier, de n'appliquer ce mot qu'à l'hémorrhagie cérébrale, prenant ainsi pour base de la définition une altération anatomique précise et toujours semblable. Mais comme cette manière de voir est loin d'être généralement adoptée, nous devons d'abord nous demander si ces Messieurs ont entendu désigner par le mot apoplexie, un ensemble particulier de symptômes, ou une altération anatomique spéciale.

La première interprétation ne semble pas pouvoir être admise puisqu'il n'y a pas eu de symptômes observés. Je sais que certaines personnes appellent apoplexie toute mort subite. Mais on conviendra facilement qu'il faut abandonner au vulgaire un langage aussi vicieux, dont le moindre inconvénient serait de confondre deux états pathologiques aussi différents que l'excès de congestion qui constitue généralement l'apoplexie et la syncope.

Du reste, ces Messieurs ont dit positivement que c'était

d'après l'ensemble des lésions observées sur le cadavre qu'ils décidaient la question de l'apoplexie.

Mais ici une autre question se présente; il y avait, disaient-ils, désordre dans le poumon et dans le cerveau, et par suite apoplexie. Mais entendaient-ils parler ici de l'apoplexie cérébrale ou de l'apoplexie pulmonaire, qui sont deux choses fort différentes, ou bien supposaient-ils que ces deux maladies existaient en même temps? Malgré cette incertitude, ou pour mieux dire cette incorrection de langage, nous aurons résolu la question si nous parvenons à déterminer la valeur des altérations auxquelles il est fait allusion, et à décider si elles peuvent être rattachées ou non à l'apoplexie.

La supposition de l'existence d'une apoplexie cérébrale ne pourrait être basée ici que sur l'état d'*injection assez vive* de la substance médullaire du cerveau, qui ne présentait du reste aucune espèce d'altération appréciable.

Assurément il ne faut pas être très-versé dans l'étude de l'anatomie pathologique pour savoir que l'existence d'une injection assez vive du cerveau est un phénomène qui se rencontre très-fréquemment à la suite de genres de mort de toutes sortes, et en particulier de ceux où il y a eu gêne spéciale de la circulation et de la respiration. C'est un fait si ordinaire qu'on en a cherché l'explication dans des circonstances qui sont communes à presque tous les sujets chez lesquels on l'observe, indépendamment du genre de mort auquel ils ont succombé. Ainsi on a tour à tour invoqué la pression de l'air atmosphérique sur toute la surface du corps, qui fait refluer le sang dans la tête, que la voûte du crâne préserve elle-même de cette influence (Abercrombie, *Traité des mal. de l'enc.* — Kellie, *Trans. de la soc. méd. d'Édim-*

bourg, tom. I.); la simple pesanteur, aux lois de laquelle, soumis après la mort, les liquides s'amassent dans les parties déclives; l'embarras de la circulation veineuse pendant l'agonie, etc..... On sait cependant que ce phénomène se rencontre spécialement chez les sujets qui sont morts asphyxiés, c'est-à-dire chez lesquels la mort a commencé par le poumon, et chez qui les autres viscères se montrent en général dans le même état de congestion que le cerveau. Cette corrélation est même tellement constante, que, d'après l'état des poumons de la femme Mar., tel qu'il est décrit dans le rapport cité, on pouvait, *à priori*, supposer l'existence d'une injection assez vive du cerveau.

MM. V. et Bal. ont-ils voulu parler d'une apoplexie nerveuse, *sine materiâ*. Mais ce serait une supposition toute gratuite, qui ne saurait être combattue, par cela seul qu'elle n'aurait aucune espèce de fondement, et assurément elle n'a pu entrer pour rien dans le jugement de ces messieurs.

Il est donc bien évident qu'il n'existe dans les termes du rapport de MM. Bour. et M. rien qui donne lieu d'admettre l'existence d'une apoplexie cérébrale.

La question de l'existence d'une apoplexie pulmonaire me paraît devoir être résolue aussi négativement que celle de l'apoplexie cérébrale.

Il y avait, il est vrai, de réelles altérations dans les poumons; mais ce n'est que par un étrange abus de mots que l'on peut leur donner le nom d'apoplexie.

Ces lésions étaient évidemment caractéristiques d'un état d'asphyxie, quelle qu'en fût la cause. Car les auteurs qui ont parlé de ce genre de mort nous ont décrit la coloration rose de la muqueuse des voies aériennes, les mucosités spumeuses et sanguinolentes qui remplissent la trachée, le vo-

lume considérable des poumons, leur engorgement par un sang noir épais, la coloration rouge brunâtre de leur tissu, l'état liquide du sang contenu dans le ventricule droit du cœur, etc.; enfin, précisément les mêmes altérations que celles que l'on a trouvées à l'autopsie de la femme Mar. Aussi, cet état des poumons se rencontre-t-il, à des degrés différents, dans tous les cas où la mort a commencé par les poumons et a eu lieu par asphyxie, cas si communs dans les maladies aiguës ou chroniques; aussi est-il considéré généralement comme caractéristique de la mort par asphyxie primitive, si je puis ainsi dire, c'est-à-dire dans laquelle la cause qui l'a déterminée a agi en s'opposant directement à l'entrée de l'air respirable dans les poumons.

Je ne crois pas nécessaire d'insister sur ce phénomène qui est d'une observation journalière, que la physiologie nous apprend aussi bien que les recherches cadavériques, et à la production duquel Bichat nous fait assister dans ses nombreuses expériences sur l'asphyxie (*Recherches sur la vie et la mort*).

Mais l'apoplexie pulmonaire est un état pathologique bien différent. « Cette altération, dit Laennec, consiste dans un endurcissement égal à celui du poumon le plus fortement hépatisé, toujours partiel, d'un rouge noir foncé, tout-à-fait semblable à un caillot de sang veineux; la surface de l'incision est granulée... » Il dit plus loin : « L'engorgement hémoptoïque est facile à distinguer de l'engorgement sanguin cadavérique. En effet, celui-ci est toujours très-humide et formé par un sang mêlé de sérosité souvent spumeuse qui ruisselle abondamment sous le scalpel, et donne au tissu pulmonaire une couleur livide ou vineuse. Cet engorgement n'est jamais circonscrit. Soumis aux lois de la

pesanteur, il est plus fort aux parties les plus déclives du poumon ; les parties les plus fortement engorgées offrent encore un reste de crépitation... » (1).

J'ai cru devoir rappeler ces détails, bien qu'ils soient connus de tout le monde, afin de rendre plus frappant leur rapprochement des faits dont nous nous occupons.

L'exhalation muqueuse et sanguinolente des bronches, phénomène fréquent de l'asphyxie par occlusion des voies respiratoires (Morgagni, ép. XIV, Devergie, loco cit., Orfila, *Traité de médecine légale*, etc.), se montre aussi comme simple phénomène cadavérique ou plutôt d'agonie, chez les personnes qui succombent asphyxiées par lésion organique, bien que M. V. prétende qu'elle exclut l'idée de strangulation et prouve l'*apoplexie*. C'est un fait que j'ai eu plusieurs fois occasion de vérifier, et je pourrais citer le cas d'une femme de soixante-huit ans que j'ai ouverte il y a peu de temps, et qui avait succombé dans le cours d'une bronchite purulente, à des accidents d'asphyxie assez rapides. L'expectoration avait été puriforme et sans aucun mélange de sang, jusqu'au jour de la mort ; et cependant les bronches étaient tapissées d'une couche de mucus spumeux et sanglant. Les poumons étaient le siége d'une congestion sanguine très-vive.

Il n'existait donc dans les poumons de la femme Mar. aucune altération à laquelle on pût donner le nom d'apoplexie.

Rappelons enfin l'état de vacuité des cavités gauches du

---

(1) Laennec entend par engorgement cadavérique celui qui se fait dans les derniers instants de la vie, car il est évident qu'un engorgement proprement dit ne peut se faire après la mort.

cœur, et la liquidité du sang contenu dans les gros vaisseaux et sans doute dans les cavités droites, d'où il s'était échappé par la section des gros vaisseaux du col; et remarquons que ce dernier fait rapproché de l'engorgement pulmonaire, de l'engorgement bronchique, de l'injection du cerveau, devient tout-à-fait caractéristique d'un état d'asphyxie.

Comment donc MM. V. et Bal. ont-ils vu une apoplexie dans un fait dont l'analyse nous conduit à des résultats si différents?

Il me paraît évident, d'après les expressions dont ils se sont servis, qu'ils sont loin de se faire une idée nette de ce que l'on doit entendre par *apoplexie*, et que ce mot représente pour eux moins un fait précis qu'un ensemble de phénomènes dont le résultat les frappe beaucoup plus que la cause. « Il y avait désordre dans le cerveau, disait l'un d'eux, il y avait engorgement du poumon; et souvent l'apoplexie, surtout quand elle est vive, ne laisse pas d'autres traces. » M. V. serait sans doute fort embarrassé de dire ce que c'est que cette apoplexie qui laisse des traces d'autant moindres qu'elle est plus vive. Ce langage, qui eût été fort naturel autrefois, ne doit plus être admis aujourd'hui. Si l'incertitude de notre science nous oblige quelquefois à nous livrer à des suppositions, pour coordonner les résultats si souvent incomplets de l'observation, il n'est jamais permis de remplacer un fait par une hypothèse, d'asseoir un jugement sur une idée qui ne représente pas une vérité positive, et enfin de baser des conclusions aussi graves que celles que nous demande la médecine légale, sur des mots qui ne peuvent avoir d'autre valeur que celle qu'il plaît à chacun de leur accorder. Or, les médecins de Versailles me paraissent

avoir employé le mot apoplexie précisément comme les gens du monde, qui appellent *apoplexie*, *coup de sang*, toute mort subite et dont la cause est ignorée. Ils n'ont point jugé qu'il y avait apoplexie parce que l'on avait trouvé sur le cadavre telle ou telle lésion propre à caractériser ce genre de maladie, mais au contraire parce que le cadavre ne leur présentait aucune altération bien précise, bien évidente comme cause primitive de mort, parce que la strangulation ne leur semblait pas incontestable; et que, comme il fallait bien que la femme Mar. fût morte de quelque chose, ce mot rendait parfaitement le vague de leur esprit.

Aussi, lorsque MM. V. et Bal. viennent dire l'un après l'autre que l'existence d'une empreinte circulaire nette et profonde autour du cou est un phénomène fréquent dans l'apoplexie, on ne sait trop à quelle espèce de maladie ils font allusion, et dans quel cas on doit rechercher ce phénomène extraordinaire qui me paraît avoir échappé jusqu'ici à l'attention des observateurs.

Pour moi je dois dire que, bien que ma position dans les hôpitaux spéciaux m'ait permis d'observer un grand nombre de fois les diverses maladies auxquelles on applique le plus ordinairement le nom d'apoplexie, soit hémorrhagie, soit ramollissement, soit simple congestion du cerveau, soit apoplexie pulmonaire, je n'ai jamais rencontré, quelque attention que j'apporte à mes observations, le fait qui a si souvent frappé MM. V. et Bal. Aussi mon étonnement, et il sera sans doute partagé, a été fort grand d'apprendre qu'à Versailles l'observation donnait des résultats aussi différents de ceux que nous obtenons à Paris.

Je crois, en résumé, pouvoir conclure de ce qui précède que rien, dans le rapport de MM. Bour. et M.. n'est de na-

ture à justifier l'opinion de MM. V. et Bal. sur l'existence d'une *apoplexie*; que tout, au contraire, démontre que la femme Mar. est morte asphyxiée.

Quant à la cause directe de la mort, on conçoit parfaitement quelle réserve m'est imposée sur ce point. Les circonstances récentes de cette affaire me font un devoir de me circonscrire exactement dans la question de science que j'ai discutée.

C'est pour cette raison que je ne rechercherai pas si les premiers experts ont eu tort ou raison d'attribuer aussi positivement à la strangulation l'asphyxie à laquelle a succombé, comme nous l'avons fait voir, la femme Mar. Je ne dirai pas non plus comment MM. V. et Bal., au lieu de venir parler d'une apoplexie que personne ne pouvait voir dans ce cas, à moins de prendre pour définition de l'apoplexie l'existence simultanée d'un engorgement pulmonaire et d'une congestion cérébrale, accompagnés d'un sillon circulaire profond et bien marqué autour du cou, comment, dis-je, ces Messieurs pouvaient agiter la question de la possibilité d'une asphyxie spontanée, c'est-à-dire d'une congestion pulmonaire primitive dont l'existence était impossible à démontrer avec certitude, mais dont la supposition pouvait cependant remplacer avec quelque avantage, ce me semble, leur théorie de l'apoplexie.

Il me faudrait, si je venais à envisager la chose sous ce point de vue, entrer dans la discussion de circonstances qu'il faut laisser dans l'oubli.

Personne, je pense, ne contestera l'importance que j'ai attachée au fait qui est le sujet de ce travail. Il faut au moins qu'elle m'ait paru bien grande pour que j'aie pris sur moi d'éveiller l'attention sur lui, au risque d'encourir

le reproche d'avoir élevé contre mes anciens une voix inconnue, et à laquelle rien n'est encore venu prêter la moindre autorité.

La gravité de ce fait m'a saisi aussi bien sous le point de vue de la science, que sous un rapport plus pratique.

J'ai cherché à démontrer comment il me semblait en opposition avec le moindre esprit d'observation et de philosophie, et comment on ne pouvait l'attribuer qu'à une inconcevable légèreté ou à des doctrines tout-à-fait rétrogrades, et qui deviendraient funestes à la science si on les voyait souvent exprimées ainsi par des hommes aussi graves par leur mérite que par leur position.

Je n'ai pas besoin maintenant de faire remarquer que les circonstances qui ont accompagné ce fait lui donnent une importance toute particulière ; que c'est un antécédent qui plus tard et dans des circonstances analogues pourra être invoqué avec avantage, et qu'ainsi ce fait peut avoir encore dans l'avenir d'autres conséquences que celles qui l'ont immédiatement suivi.

RAPPORT

FAIT A LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

SUR LE MÉMOIRE PRÉCÉDENT,

Au nom d'une commission composée de

MM. DE LENS, ROCHE ET A. DEVERGIE, *Rapporteur.*

Les gazettes des tribunaux ont rapporté avec détails les débats qui se sont élevés entre quatre médecins à l'occasion

d'une affaire d'assassinat qui a été jugée le 26 février dernier aux assises de Versailles. Il s'agissait d'une femme qui aurait été étranglée par son mari d'après l'opinion émise par les deux médecins-rapporteurs ; et qui au contraire serait morte d'apoplexie si l'on adopte la manière de voir de deux docteurs appelés par le président des assises à donner leur avis lors du jugement du procès criminel.

Il est peu de médecins dont l'attention n'ait été éveillée sur ce fait ; il en est peu aussi qui aient adopté l'opinion de nos deux confrères de Versailles ; et si nous n'avons pas combattu tout d'abord leur manière de voir, c'est qu'il est pénible de venir réfuter publiquement des assertions émises sur des faits encore tout palpitants d'intérêt, et dont la discussion peut porter atteinte à la considération de médecins honorables. D'ailleurs, un jugement avait été rendu, un acquittement avait été prononcé ; c'était en appeler à l'opinion publique et flétrir un homme à l'égard duquel les charges de l'instruction n'avaient pas été trouvées assez grandes pour attester sa culpabilité. Or, n'oublions jamais, Messieurs, que les médecins ne sont pas appelés à constater des crimes, à trouver des coupables, mais que leur mission se borne à reconnaître des corps de délit.

Telles sont les considérations qui nous ont arrêté alors que déjà nous avions fait quelques démarches pour la découverte de la vérité.

Aujourd'hui, du temps s'est écoulé, aujourd'hui la Société de médecine du département nous demande un rapport sur une communication qui lui est faite, les circonstances ne sont plus les mêmes, et nous pouvons aborder, à l'abri de toute pensée, de toute préoccupation pénible, et dans l'intérêt de la science seulement, un sujet de discussion devant

lequel nous avons jugé convenable de reculer à une autre époque.

M. Durand-Fardel, auteur du mémoire dont j'ai l'honneur de rendre compte à la Société, a surtout été frappé de deux circonstances qui ont été pour lui l'objet d'une discussion à la fois consciencieuse et éclairée. D'abord l'apoplexie considérée comme cause de la mort de la femme M., ensuite l'existence d'un sillon au cou envisagé par trois médecins de Versailles comme coincidant fréquemment avec la mort par apoplexie.

C'est avec raison qu'il fait remarquer l'extension si grande et si généralement donnée au mot apoplexie, et qu'il fait observer que sous cette dénomination on comprend trop souvent des altérations diverses du cerveau alors qu'elle n'en saurait exprimer qu'une, et qu'il suffit qu'une personne périsse de mort subite pour que l'apoplexie soit considérée comme la cause de la mort. Il voudrait, avec MM. Cruveilhier et Rochoux, que ce nom s'appliquât exclusivement à l'hémorrhagie cérébrale. Il ne voit ensuite dans l'état soit du cerveau, soit des membranes de la femme M., aucune altération à laquelle on puisse rattacher cette dénomination; il n'y trouve même aucune cause de mort; et il se voit conduit à rechercher si MM. les docteurs de Versailles n'ont pas voulu parler d'apoplexie pulmonaire et non pas d'apoplexie cérébrale? Mais l'état des poumons de la femme M. ne saurait se rapporter à ce genre d'altération morbide, et pour M. Fardel il n'exprimerait autre chose que l'état décrit à l'occasion de la mort par asphyxie.

Passant ensuite aux assertions émises par les médecins de Versailles à l'égard du sillon ou empreinte remarquée sur le cou de la femme M., M. Fardel déclare qu'ayant eu des oc-

casions nombreuses d'observer des apoplexies à l'hospice de la Salpêtrière, où il est interne, il n'a jamais vu ce sillon que l'on a signalé comme très-fréquent dans cet état morbide, soit que la maladie se termine par la guérison, soit qu'elle se termine par la mort.

Enfin, M. Fardel pense que les opinions émises par les médecins de Versailles sont erronées; que ces médecins ont péché ou par une inconcevable légèreté, ou par des doctrines tout-à-fait rétrogrades, funestes à la science et à la pratique de la médecine légale, en ce sens qu'elles pourraient constituer un antécédent fâcheux.

Là, Messieurs, il s'arrête avec la prudence de l'élève qui veut soulever une discussion et qui craint de réveiller les souvenirs d'une inculpation si grave, celle d'un assassinat.

Pour nous, Messieurs, vous nous blâmeriez, je crois, si d'une part nous n'émettions pas notre avis sur la valeur des assertions émises par M. Fardel, et si, d'une autre part, nous n'abordions franchement la question de savoir si la femme M. a péri de mort violente?

Sous le premier rapport nous n'avons que des éloges à donner à M. Fardel; il a généralement fait preuve d'instruction et de jugement dans le cours de son mémoire. Peut-être est-il parfois entré dans des détails trop minutieux et trop scholastiques; mais il avait à lutter contre des opinions si étranges, que cette circonstance est par cela même une excuse.

La femme M. a-t-elle péri de mort violente?

Le corps de délit d'un assassinat se caractérise ordinairement par trois ordres de faits :

1° L'absence d'une cause de mort toute spontanée;

2° L'existence de traces de violences ou de blessures diri-

gées contre un ou plusieurs des organes essentiels de la vie, accompagnées ou non de violences qui puissent être rattachées au fait d'une lutte engagée entre l'assassin et sa victime.

3° Les circonstances qui environnent le corps de la personne supposée assassinée.

Existait-il chez la femme M. une cause de mort développée spontanément?

Si nous interrogeons le cerveau et ses annexes, nous n'y trouverons qu'un état peu marqué de plénitude des vaisseaux de la dure-mère, un peu de sérosité limpide dans ses ventricules cérébraux, et une légère injection de la substance du cerveau. Ces divers phénomènes ne constituent ni les caractères de la congestion cérébrale, ni ceux de l'apoplexie méningienne, ni ceux enfin de l'hémorrhagie cérébrale. S'ils n'appartiennent pas tout-à-fait à l'état normal, on ne saurait au moins les considérer autrement que comme la conséquence d'altérations anatomiques d'organes dont les fonctions ont des rapports plus ou moins intimes avec celles des centres nerveux.

Dans l'abdomen, état normal des viscères; reste donc la poitrine, où nous puissions retrouver les résultats matériels du genre de mort.

Ici se font observer une coloration rouge brune du tissu pulmonaire dans presque toute l'étendue des deux poumons; l'existence d'une quantité assez considérable de sang dans le tissu pulmonaire; la réplétion par le sang des troncs vasculaires veineux et très-probablement des cavités droites du cœur, puisque beaucoup de sang s'écoule pendant la dissection du cou et pendant l'ouverture de la poitrine.

Sont-ce là les altérations limitées de l'apoplexie pulmo-

naire? Cet état appartiendrait-il plutôt à la congestion, ou enfin faudrait-il le rattacher à la mort par asphyxie reconnaissant pour cause une compression exercée sur les ouvertures de la bouche et du nez, ou sur la région antérieure du cou?

Loin de nous la pensée d'une apoplexie pulmonaire. Ici pas d'épanchement ou plutôt d'infiltration sanguine circonscrite dans une partie plus ou moins étendue des poumons. D'ailleurs l'altération est générale.

Reste donc la congestion pulmonaire et l'état d'engorgement des poumons par asphyxie. Ces deux genres de mort donnent lieu, il est vrai, à peu près aux mêmes altérations anatomiques; toutefois, dans la congestion il est rare de rencontrer dans les voies aériennes une aussi grande quantité d'écume, et la transgulation, imparfaitement opérée, lentement produite, en explique au contraire l'existence d'une manière tout-à-fait satisfaisante.

En résumé, la mort de la femme M. a eu lieu par les poumons; une cause toute spontanée pouvait la produire, et nous avons démontré, dans notre mémoire sur les morts subites, que l'ivresse est une cause fréquente de la congestion pulmonaire; or, la femme M. s'y est quelquefois adonnée; mais l'asphyxie par obstacle à la respiration pouvait aussi amener cet engorgement sanguin des poumons. Et l'expression convulsive de la face, réunie à la position du membre droit qui semblait indiquer la résistance à une attaque, viendraient à l'appui de ce genre de mort.

Existait-il chez la femme M. des traces de violences ou de blessures dirigées contre un organe essentiel à la vie, ainsi que des traces de violences qui pussent être rattachées au fait d'une lutte engagée entre elle et son assassin?

Ici les indices de violences sont de deux ordres :

1° Des traces de pression circulaire au cou, et de pression aux jambes ;

2° Des contusions disséminées à la surface du corps.

L'empreinte du cou était *circulaire,* uniforme, rougeâtre et marbrée, ayant environ deux pouces de largeur, sans ecchymose superficielle ou profonde, à part une plaque bleuâtre de trois lignes de diamètre sur le côté droit du larynx, mais on ne dit pas qu'il y eût infiltration sanguine dans le tissu cellulaire. Dans cet état, quel aurait pu être l'instrument de cette pression si toutefois cette empreinte en était le résultat? Un lien large, a-t-on dit, un mouchoir, par exemple, ou les deux mains appliquées sur le cou. Nous concevons qu'un mouchoir puisse produire ce phénomène de constriction, mais l'empreinte des mains eût été plus inégale et plus large.

Toutefois cette empreinte n'aurait été visible que le jour même de la mort de la femme M.; le lendemain elle avait disparu. Cette circonstance est un fait capable de jeter quelque incertitude sur le jugement à porter à l'égard de la cause qui avait pu la produire. Il résulte des observations que l'un de nous a faites, que toutes les fois qu'une percussion, une compression ou un frottement un peu prolongé a été opéré sur la peau quelques instants avant la mort, la partie percutée, ou comprimée, se dessèche et se parchemine après la mort, en sorte que cet état de la peau permet de reconnaître et de préjuger la cause déterminante; l'ouverture du corps a-t-elle eu lieu à une époque antérieure à la dessiccation? Ou bien la pression n'a-t-elle pas été suffisante pour placer la peau dans les conditions nécessaires à la dessiccation? Cela est possible. D'ailleurs, nous ne regardons pas la dessiccation

de la peau comme devant être un résultat indispensable de toute compression, quelles que soient son intensité et sa durée. Mais ce que nous ne saurions admettre avec les médecins de Versailles, c'est que ces apparences de compression du cou sont communes dans les apoplexies; nous ne les avons jamais observées, et nous ne pensons pas que leur existence ait été signalée par les médecins qui se sont le plus occupé de cette maladie.

Les traces de pression opérées sur les jambes étaient évidentes; la peau portait l'empreinte des plis du drap, qui s'étaient formés pendant qu'on saisissait fortement les membres. Les experts avaient été conduits à supposer qu'une personne avait aidé le mari à étouffer sa femme, et c'était la conséquence naturelle de l'observation qu'ils avaient faite. L'instruction n'a pu fournir aucun fait à l'appui de cette présomption.

Quant aux contusions qui ont été signalées sur divers points du corps, les unes étaient anciennes, notamment celles de la face; les autres étaient récentes. Mais on ne dit pas en quoi elles consistaient, si elles occupaient l'épaisseur de la peau, ou si elles s'étendaient au tissu cellulaire sous-cutané. On ne démontre pas non plus qu'il n'ait pas été commis d'erreur à cet égard en prouvant par la dissection des parties contuses qu'en effet il y avait infiltration de sang, caractères de l'ecchymose.

D'où il suit que chaque trace de violence, envisagée sous le rapport de sa valeur absolue, n'est pas entièrement à l'abri d'objection plus ou moins sérieuse.

Circonstances qui environnaient le corps de la femme M.....

A son arrivée dans la chambre de la dame M....., le docteur B..... est frappé de la disposition du corps dans le lit.

Les couvertures sont tellement appliquées sur la surface du tronc et des membres qu'elles en dessinent les formes ; le drap n'est pas seulement relevé sur la figure, mais encore il est replié derrière la tête ; les cheveux sont en désordre. La couverture est relevée au pied du lit, et là, les draps fortement serrés autour de chaque jambe. L'idée d'un homicide est la première pensée du médecin, et, sans avoir examiné le corps en détail, il s'empresse d'accuser le mari, et fait aussitôt prévenir le commissaire de police. Il y avait donc dans cet état général, que l'on ne dépeint pas toujours heureusement, un cachet, une physionomie toute spéciale.

Jusqu'alors nous avons isolé tous les faits ; cherchons à les grouper, afin de leur assigner une valeur d'ensemble.

A une heure de l'après-midi, la femme M..... était dans un état parfait de santé ; elle avait déjeûné le matin avec appétit. A trois heures, le sieur M..... rentre chez lui et trouve sa femme couchée ; il lui parle, elle ne lui répond pas. Il va dîner dans la cuisine ; après son repas, il revient avec la lumière, lui adresse encore la parole sans obtenir de réponse. Ce n'est que *quatre heures et demie* après son retour qu'il va chercher un médecin. Celui-ci trouve la femme dans des conditions telles que l'assassinat est la première pensée qui vient se présenter à son esprit, et, en effet, quel que fût le genre de mort spontanée auquel cette femme eût succombé, il était impossible d'expliquer la situation du corps dans le lit, et la disposition des draps et des couvertures. On examine la surface du corps ; on voit la figure exprimant la souffrance comme dans les cas de mort violente, le bras droit dans l'attitude de la défense ; on trouve une empreinte circulaire au cou, des traces de contusions sur divers points du corps, des indices de pressions fortes aux jambes. On

procède à l'autopsie, et alors s'observe une grande quantité d'écume dans la trachée artère et les bronches, une réplétion du tissu des deux poumons par le sang, un engorgement des troncs vasculaires veineux, l'état de plénitude plus ou moins prononcé des sinus et des vaisseaux de la dure-mère avec un état piqueté ou légèrement sablé de la substance cérébrale. Quel est le médecin qui, d'après ce tableau d'ensemble, n'élèverait pas de graves présomptions sur un homicide par strangulation, pendant lequel une lutte plus ou moins forte aurait été engagée entre l'assassin et sa victime? Et, s'il nous était donné de joindre à ce tableau le mobile à l'action, la donation faite peu de temps avant par la femme de tous ses biens à son mari, ne serait-ce pas compléter les graves présomptions que ce procès criminel a fait naître sur l'existence d'un assassinat?

Mais, il faut le dire, dans cette affaire comme dans beaucoup d'autres analogues, les détails relatifs aux traces de violences ont manqué, pour imprimer à ces désordres le cachet de la certitude, si nécessaire à l'affirmation en justice.

Concluons néanmoins, que, si la démonstration d'un assassinat par strangulation ne peut pas être faite d'une manière tout-à-fait évidente, on ne saurait adopter l'opinion des médecins de Versailles qui ont attribué la mort de la femme M..... à une apoplexie.

En résumé, vos commissaires vous proposent d'adresser des remercîments à M. Fardel au nom de la Société, pour la communication qu'il a bien voulu lui faire, et d'ordonner l'impression de son travail dans vos bulletins.

MÉLANGES CLINIQUES;

PAR

M. PAYAN,
Chirurgien à l'hôpital d'Aix (Bouches-du-Rhône).

De l'emploi local des chlorures dans les suppurations fétides.

L'expérience a depuis long-temps démontré aux hommes qui s'occupent de l'art de guérir que l'ouverture des vastes foyers purulents était, dans beaucoup de circonstances, accompagnée de graves accidents par suite de l'accès de l'air dans la cavité abcédée. Par l'influence du fluide atmosphérique, en effet, le pus, qui naguère était de bonne nature, comme on dit vulgairement, c'est-à-dire d'un blanc jaunâtre ou grisâtre, homogène, lié, crêmeux, sans mauvaise odeur, se décompose et s'altère, devient trouble, plus liquide, et acquiert une odeur très-fétide. Il devient alors un irritant très-énergique qui porte son action pernicieuse sur les parois de l'abcès, qui par suite s'enflamment, deviennent très-douloureuses. Les bourgeons charnus qui se trouvent sur l'ouverture de l'abcès deviennent pâles, blafards et très-sensibles. En même temps une fièvre intense se déclare et s'accompagne d'une chaleur vive de la peau et d'un trouble des diverses fonctions. Et si on ne cherche pas à faire cesser ces désordres, ou si on ne peut les arrêter, les symptômes deviennent plus graves encore, une fièvre de résorp-

tion purulente s'établit : alors les malades maigrissent rapidement ; leur peau se dessèche, s'écaille, devient terreuse ; le pouls conserve une fréquence exagérée, et les malades tombent plus ou moins rapidement dans un état de marasme qui vient terminer la scène. C'est ce qu'on voit fréquemment survenir à la suite des abcès par congestion, mais ce qu'on peut remarquer aussi après l'ouverture d'autres vastes abcès, de ceux surtout de la région abdominale, qui, situés dans le voisinage des intestins, ont par-là même une nouvelle cause de putréfaction du pus qui s'ajoute à celle de l'air atmosphérique.

On connaît la diversité des opinions qui ont été soulevées pour expliquer la cause de la gravité des accidents qui se manifestent dans ces circonstances. Les uns, et c'est le plus grand nombre, ont attribué ces désordres à la fermentation putride ou à l'altération du pus, dans les poches abcédées, par l'air atmosphérique ; les autres ont cru devoir rapporter ces mêmes accidents à l'inflammation des parois de l'abcès, ou plutôt de la vaste membrane pyogénique qui les tapisse, l'altération du pus étant dans ce cas consécutive, tandis que dans le premier elle était cause productrice. Quant à nous qui n'avons pas en ce moment la prétention de vouloir discuter la valeur des arguments qui se rapportent à ces deux opinions, mais qui désirons seulement présenter quelques considérations pratiques, nous déclarerons cependant que l'expérience nous a démontré que l'altération du pus par l'accès de l'air paraît être la cause première de tout le mal, que l'inflammation de la membrane pyogénique n'en est que l'effet, et que l'indication la plus importante et la plus pressante est de modifier ces qualités fâcheuses du pus, en recourant aux moyens propres à prévenir sa décomposi-

tion et sa putréfaction, ou à l'arrêter si déjà elle était survenue.

C'est le but que cherchent sans doute à obtenir certains médecins qui sont dans l'habitude de faire laver l'intérieur des abcès avec des décoctions émollientes qu'on y injecte. Mais ce résultat n'est qu'incomplètement obtenu; car, susceptibles elles aussi de fermentation, ces décoctions ne tardent pas à se décomposer par leur contact avec le pus.

Mais ce qu'il est bien mieux d'employer dans ce cas, ce que l'observation nous a démontré comme le plus avantageux dans ces circonstances, ce sont les injections avec les solutions de chlorure de chaux ou de soude. Désinfectants précieux si fréquemment employés par l'hygiène et par les arts, les chlorures sont entrés aussi dans le domaine de la thérapeutique : elle en a retiré et elle en perçoit tous les jours de grands avantages. Mais une des applications les plus favorables qu'on puisse en faire, c'est de recourir à eux pour modifier et corriger la viciation du pus, et pour prévenir ou pour faire cesser les pernicieux effets qu'elle peut occasionner sur l'économie. Employés fréquemment par nous contre les suppurations fétides, nous n'avons eu qu'à nous louer de leur emploi : ils enlèvent au pus sa mauvaise odeur, ainsi que ses propriétés irritantes et délétères; la suppuration ne tarde pas à reprendre ses qualités normales, et les accidents de fièvre et de résorption purulente même se dissipent avec une rapidité vraiment surprenante, quand la maladie n'est pas au-dessus des ressources de l'art par sa nature ou par les lésions existantes.

Nous donnons la préférence au chlorure de soude liquide de Labarraque, parce qu'il est plus facile d'évaluer ses proportions. C'est un mélange d'une partie de chlorure sur dix-

huit ou vingt parties d'eau que nous faisons injecter en commençant. Ce lavage est répété à chaque pansement. Il constitue un excellent mondicatif.

Voici quelques observations détaillées qui feront mieux encore connaître notre pratique dans ces circonstances :

Obs. I. — En septembre 1836, on nous amena à l'Hôtel-Dieu d'Aix un jeune homme qui était souffrant depuis une huitaine de jours. Il se plaignait d'une douleur siégeant vers le flanc droit de la région abdominale. Cette partie douloureuse à une pression même modérée présentait une tuméfaction légère qui reportait un peu en dehors la région sous-costale. Une rougeur à peine sensible, et qui n'était pas en rapport avec la douleur pongitive de la partie, nous indiquait la présence d'un phlegmon profond, dont nous avions à redouter la terminaison par suppuration. Il y avait en même temps fréquence du pouls, chaleur âcre de la peau, soif intense, constipation, urines rares.

La première indication était donc de combattre d'une manière vigoureuse la marche de cette affection phlegmoneuse. C'est dans cette vue que cinquante sangsues furent appliquées dans trois jours sur la partie enflammée : des cataplasmes émollients étaient aussi tenus sur le siége du phlegmon. Cependant la maladie n'en continua pas moins ses progrès et sa marche.

Ainsi le 14 septembre, cinquième jour de son entrée, le malade était dans un état d'anxiété remarquable; la peau était chaude, ardente, sèche; les traits de la figure contractés, le pouls d'une fréquence extrême, la soif vive. Le côté droit de l'abdomen était tendu, très-douloureux, mais sans changement notable de la couleur de la peau : on pouvait déjà remarquer cet empâtement des parties molles qu'on

s'accorde généralement à regarder comme un signe d'une suppuration profonde; il n'était pas possible par l'exploration de la tumeur de reconnaître d'une manière certaine la fluctuation qui indique une collection purulente.

Comme cependant la marche de la maladie nous avait offert tous les indices d'un phlegmon profond; comme, de vive, de tensive qu'elle avait été d'abord, la douleur était devenue gravative, pulsative; comme l'empâtement, l'œdème de la peau qui recouvrait le phlegmon était très-manifeste, et que d'autre part des accidents graves se manifestaient, on dut reconnaître à ces signes l'existence d'une suppuration profonde qu'il devenait pressant d'évacuer, tant à cause de l'état d'angoisses du patient que de la crainte que l'on pouvait avoir que l'ouverture de l'abcès ne s'effectuât dans la cavité abdominale. Un bistouri droit à lame étroite fut donc plongé par ponction dans la tumeur et pénétra jusqu'à deux pouces. Alors du pus commençant à se faire jour à côté de la lame, et l'évidence de l'abcès devenant dès ce moment incontestable, nous agrandîmes l'incision pour que le pus pût aisément sortir de sa profonde cavité. Une abondante évacuation de matière eut lieu ; nous en évaluâmes la quantité à plus d'un demi-litre. Ce pus, quoique bien lié, était d'une odeur repoussante, analogue à l'odeur *sui generis* des gros intestins. Cette circonstance et la profondeur du foyer nous firent augurer, et je crois avec raison, que la collection s'était effectuée entre les muscles abdominaux et le péritoine qui devait s'être épaissi par suite de l'inflammation.

Un soulagement rapide suivit cette abondante évacuation ; la fièvre s'apaisa, un doux sommeil s'empara du malade pour réparer les insomnies des nuits précédentes.

Nous n'étions pas toutefois sans quelques craintes sur les suites de cette forte évacuation. Tisane de riz, cataplasmes émollients.

15 septembre. Le pus est devenu jaunâtre, plus liquide et fétide; fièvre modérée. Mêmes prescriptions.

16 septembre, troisième jour de l'ouverture de l'abcès. La fièvre a pris de l'accroissement; la peau est très-chaude, âcre au toucher; le pouls est précipité, la figure est crispée, les lèvres et la bouche sont devenues sèches; les bords de l'incision de l'abcès sont blafards, très-sensibles; le flanc droit est douloureux, et, quand on le presse, on fait sortir par la plaie du pus mal lié, fétide, avec des bulles gazeuses.

Nous ne vîmes rien de bien rassurant dans la manifestation de ces symptômes qui étaient dus évidemment à la putréfaction du pus par l'accès de l'air; nous avions à craindre que la phlogose locale et la réaction générale qui en seraient la conséquence n'occasionnassent quelque terminaison funeste. L'indication était donc d'arrêter le mal par des injections anti-putrides et désinfectantes. Nous fîmes, en conséquence, remplir une seringue, d'un demi-litre de capacité, d'eau tiède chlorurée à un vingtième avec le chlorure liquide de soude de Labarraque; puis, à l'aide d'une canule en gomme élastique dont une des extrémités tenait à la seringue, tandis que l'autre était plongée dans la cavité abcédée, nous injectâmes ce liquide. Un cataplasme émollient fut ensuite placé sur la partie correspondante à l'abcès.

Le même jour, à quatre heures du soir, nous revoyons le malade : il est déjà mieux; la douleur du côté a été moins violente, la fièvre a diminué d'intensité. Ayant découvert la plaie, nous reconnaissons que le liquide est mieux lié et

moins infect. Le malade s'aperçoit du changement en mieux qui s'opère en lui. Je renouvelle l'injection.

17 septembre. L'odeur putride de la suppuration a presque totalement disparu, les bords de l'incision ont quitté leur couleur blafarde et ont perdu leur vive sensibilité, le pus est moins abondant; traits de la figure plus naturels, calme du pouls, repos. Continuation des injections pour les jours suivants, en augmentant un peu la dose du chlorure.

La progression vers le mieux fut dès ce moment manifeste; le pus diminuait tous les jours de quantité, la cavité se rétrécissait à vue d'œil; en même temps toutes les fonctions se rétablissaient peu à peu.

Le 30 septembre, le malade put nous quitter, il était guéri.

Nul doute que dans cette circonstance nous n'ayons dû aux bons effets du chlorure la cessation des symptômes qui apparaissaient si menaçants.

Obs. II. — Dans le mois de septembre dernier, un jeune homme d'Aix, s'étant laissé tomber d'un lieu élevé sur la fesse gauche, se fit une assez violente contusion avec épanchement sanguin.

Fomentations résolutives avec l'eau blanche.

Troisième jour de l'accident. Gonflement douloureux de la partie blessée, fièvre.

Vingt sangsues à la fesse meurtrie, cataplasmes émollients.

Sixième jour. Tuméfaction de la fesse augmentée, douleur pulsative, fluctuation, apparence d'une collection assez considérable.

Une incision est faite à la partie la plus saillante de la fesse : il en sort une bonne quantité de sang mélangé avec

du pus. Mieux momentané, continuation des cataplasmes.

Le huitième jour, ou deux jours après cette évacuation, la suppuration devient très-fétide; toute la fesse est très-douloureuse, une inflammation violente s'est emparée de la paroi interne de l'abcès, la fièvre est intense, la peau sèche, la chaleur âcre, l'appétit nul, la soif vive.

Tisane acidulée, cataplasmes émollients.

Troisième jour de l'ouverture de l'abcès. Continuation de l'intensité de la fièvre, anxiété plus forte encore, peau toujours brûlante, douleur de la fesse excessive, suppuration toujours fétide, traits de la figure exprimant la souffrance.

Convaincu que la cause de tous ces désordres était la fermentation du pus attiré par l'air, je n'hésitai plus à faire cesser cette source d'irritation et de fièvre en enlevant au pus ses propriétés pernicieuses, c'est-à-dire en le désinfectant; et dans ce but je fis faire encore à chaque pansement des lavages et des injections chlorurées à un dix-huitième. Continuation des cataplasmes.

Nous en étions à peine au lendemain et à la troisième injection, que déjà une amélioration bien notable était produite; la fesse était peu douloureuse, le pus était redevenu normal, inodore presque, et la figure avait déposé cet air de souffrance qui était si expressif la veille.

Ces lavages et ces injections furent continués pendant quelques jours encore à chaque pansement. La cicatrisation fut complète au quatorzième jour de l'ouverture de l'abcès.

Si le malade séjourna plus long-temps à l'hôpital, ce fut à cause d'une indisposition tout-à-fait indépendante de la blessure de la fesse.

A ces deux observations je vais en joindre une troisième



relative à un énorme abcès par congestion, où l'action pernicieuse de l'air sur la vaste membrane pyogénique fut heureusement combattue par l'action des chlorures.

Obs. III.— Le nommé Pascal, âgé de trente-cinq ans, d'un tempérament lymphatique, après avoir joui d'une santé brillante, se voyait depuis près de quatre ans fréquemment maladif. Ainsi, durant ce laps de temps, j'avais eu à le traiter d'un lumbago chronique qui céda aux antiphlogistiques joints aux dérivatifs, d'une hydropisie ascite active qui fut guérie par les émissions sanguines locales, les onctions mercurielles sur l'abdomen, la teinture de digitale en frictions, la décoction de la deuxième écorce de sureau pour tisane.

J'avais ensuite perdu ce malade de vue, lorsque dans le courant de décembre 1837, il me fit appeler. Je le trouvai atteint d'un abcès par congestion, énorme, siégeant à l'aine droite, au haut de la cuisse du même côté, et s'étendant à la région fessière. Il me déclara qu'après avoir suivi sans avantage quelques traitements qu'on lui avait indiqués, il avait fini par ne plus réclamer des soins. Il avait supporté cet abcès aussi long-temps qu'il avait pu; et quand je le vis, la tumeur était si volumineuse et si incommode, que la première indication était de songer à son évacuation.

C'était pour y procéder que je me rendis auprès du malade le 29 décembre 1837, accompagné de deux confrères. A cette époque la tumeur était excessivement volumineuse : elle s'étendait à tout le tiers supérieur de la cuisse, et distendait considérablement les téguments en tous sens; la fesse elle-même était tuméfiée par la matière de la suppuration; celle-ci formait au haut du membre pelvien une vaste circonférence fluctuante qui se prolongeait sous le li-

gament de Fallope comme une tumeur herniaire. Jamais il ne m'était encore arrivé de voir une aussi abondante collection de pus par abcès symptomatique.

Mais de quelle manière s'y prendre pour effectuer l'évacuation de cet énorme amas de pus, sans s'exposer aux accidents redoutables qui en sont si souvent la conséquence? Devions-nous, comme c'est généralement conseillé et professé, nous contenter d'une simple ponction avec les précautions indiquées pour empêcher l'introduction de l'air dans le foyer et les accidents qui en seraient la conséquence; ou bien, comme le veulent quelques modernes, devions-nous, par une large ouverture, favoriser la prompte et complète évacuation de tout le liquide? Nous ne balançâmes pas à opter pour ce dernier parti, parce que nous n'avions jamais remarqué jusque-là des résultats avantageux à la suite des ponctions dans de semblables cas, et que nous ne concevions guère la possibilité de parvenir par ce moyen à la complète évacuation d'une aussi considérable quantité de matière. Qu'arrive-t-il, en effet, le plus souvent quand on opte pour la ponction? C'est que la petite solution de continuité se fermant, on se voit obligé dans peu de jours à évacuer de nouveau la collection qui s'est reproduite, et cela par une nouvelle ponction et plus tard encore par d'autres. Mais les choses ne se passent pas toujours aussi innocemment que les premières fois : les dernières ouvertures ne se referment plus; souvent même les premières cicatrices se rouvrent, et il en résulte autant d'orifices fistuleux par lesquels suinte la matière purulente. Mais l'air pénétrant dans le foyer, altère la suppuration, elle devient d'une fétidité remarquable, en même temps la fièvre purulente se déclare, le sujet maigrit, se dessèche, un mouve-

ment fébrile permanent mine peu à peu ses forces et l'achemine plus ou moins rapidement vers le marasme et la mort.

En évacuant, au contraire, le pus par une large incision, nous exposions bien, il est vrai, tout l'intérieur de l'abcès à l'accès immédiat de l'air; mais par là nous évitions d'une part le séjour du pus et la formation de clapiers purulents, par là nous nous mettions aussi dans les conditions les plus favorables pour user des lavages et des injections désinfectantes et anti-putrides, et pour lutter, par conséquent, de la manière la plus avantageuse, contre la pernicieuse influence de la résorption purulente.

Aussi, encouragé du reste par les consultants à en agir ainsi, je fis une incision étendue à la partie la plus déclive de la tumeur. Deux ou trois litres de pus s'écoulèrent aussitôt de cette vaste cavité, qui bientôt fut ainsi complètement vidée.

La fesse et le haut de la cuisse furent ensuite couverts d'un large cataplasme.

Nous ne devions pas toutefois être sans appréhension sur les suites de notre opération. Nous avions à redouter toutes les conséquences de la viciation du pus et de la phlogose de la vaste membrane pyogénique, et nous devions autant que possible chercher à la prévenir. Il était dans notre conviction que ce qui devait le mieux nous servir pour réussir dans ce but, c'était encore les injections avec l'eau chlorurée. En conséquence, soir et matin cette médication était employée, et pour qu'elle fût plus complète et qu'elle s'étendît à toute l'étendue de la membrane pyogénique ou de la cavité du foyer, nous introduisions une très-longue sonde en gomme élastique, laquelle pénétrait jusque vers le haut

de la région lombaire où siégeait la carie qui avait occasionné tout le mal. De la sorte, le liquide pouvait se répandre à toute l'étendue de l'abcès et de la fistule.

C'est sans doute à une pareille manière d'agir que nous dûmes de pouvoir éviter jusqu'au plus léger indice de résorption purulente. La fièvre qui suivit l'ouverture de l'abcès fut très-modérée, le pus ne présenta pas des caractères de mauvais aloi, cette vaste poche se rétrécit peu à peu, et vingt-cinq jours après elle était réduite à un trajet fistuleux par lequel s'écoulait la matière exhalée par la carie vertébrale. En même temps l'appétit était conservé, les fonctions s'exécutaient convenablement. Le malade put bientôt se lever et sortir. C'est au point qu'ayant établi des exutoires vers le point carié, nous espérions voir tarir par ce moyen cette forte suppuration par la cessation de la carie.

Nous n'en pûmes cependant venir à bout. Dans le commencement du mois d'août, ce malade était retourné de la campagne, où il avait été passer une partie de la belle saison, lorsqu'il fut pris tout-à-coup d'un frisson intense, qui fut suivi d'une fièvre assez forte; le membre inférieur gauche, l'opposé à celui qui avait été le siége de l'abcès, s'œdématia, l'œdème s'étendit à l'abdomen, une collection de sérosité s'effectua dans la cavité péritonéale.

Le malade s'éteignit le 30 août, huit mois après l'ouverture de son énorme abcès.

Cette mort, survenue si long-temps après l'évacuation du pus, ne saurait infirmer ce que j'annonçais relativement aux bons effets qu'on peut retirer de l'emploi des chlorures, contre les suppurations fétides; car ces moyens thérapeutiques n'ont pas été étrangers au peu de gravité qu'a eue l'ouverture d'une aussi vaste collection de pus.

Nous sommes certains, du reste, que les praticiens qui, comme nous, voudront se servir des chlorures en injections dans les cavités abcédées, pour prévenir ou arrêter les accidents qui résultent de la putréfaction du pus, n'auront comme nous-même qu'à s'en louer.

Observation d'un cancer de l'œil revenu après une première extirpation, et radicalement guéri après une deuxième.

Les cancers du globe oculaire ne sont pas moins graves que ceux des autres parties du corps. Peut-être même seraient-ils encore plus exposés à récidiver. C'est au point, que, considérant que les deux opérés de Scarpa, que tous ceux de Dessault sont morts par la reproduction du mal, il est des auteurs qui se demandent si, après de pareils exemples, il ne serait pas prudent de ne recourir à l'extirpation de l'œil que dans les cas seulement où la marche rapide du cancer ne laisse aucune autre ressource pour prolonger les jours du malade, et de s'en tenir au traitement palliatif lorsque les progrès de la maladie sont très-lents. Voici cependant un exemple extrait de ma pratique particulière, où une première extirpation d'un œil cancéreux ayant paru d'abord amener la guérison, fut bientôt suivie d'un retour de la cruelle maladie, et où une seconde extirpation de la nouvelle masse cancéreuse ayant été encore effectuée, a été suivie d'une guérison radicale. On verra, par la description succincte de l'une et de l'autre opération, que si j'ai dû, une première fois, m'affliger du retour du mal après une première extirpation, je n'ai eu d'autre part qu'à me féliciter de ma hardiesse d'avoir osé, pour la deuxième fois, reporter l'instrument tranchant sur le nouveau cancer, malgré les

circonstances les plus défavorables. Le récit de ces faits pourra enhardir les praticiens dans des cas analogues.

Première opération. — En mars 1835, je fus consulté par le nommé Giraud, de Rognac, qui depuis plusieurs mois portait à l'œil gauche un cancer volumineux. Cet homme, âgé de trente-cinq ans, d'un tempérament très-nerveux, avait perdu un oncle d'une affection cancéreuse qui lui avait rongé une partie de la figure. Atteint lui-même d'une ophthalmie chronique à l'œil gauche, à ce qu'il paraît il recourut à des moyens empiriques qu'il appliqua sur l'œil ; cet organe s'irrita de plus en plus et affecta ensuite la dégénérescence cancéreuse. L'œil commença à présenter en avant une saillie sur le devant du globe oculaire, laquelle fut en augmentant au point d'avoir triplé presque le volume de l'œil quand je procédai à l'opération. La tumeur était irrégulière, bosselée, noirâtre en plusieurs points, et occasionnant des douleurs lancinantes. Les muscles oculaires faisaient aisément mouvoir cette masse, paraissaient indiquer que tout le mal était limité au globe et semblaient conséquemment promettre un cas très-favorable à l'opération. Je la proposai effectivement au malade, et j'y procédai le 31 mars.

Le malade étant assis sur une chaise, devant un jour convenable, couvert d'alèzes, et sa tête étant maintenue appuyée sur la poitrine d'un aide, je fixai la tumeur avec une double airigne que je plongeai dans cette masse cancéreuse et que je confiai à un aide intelligent. J'incisai ensuite préliminairement la commissure externe des paupières dans l'étendue d'environ un pouce vers la tempe. Disséquant alors chaque paupière par sa face interne et les renversant en dehors, je plongeai mon bistouri, tenu comme une

plume à écrire, vers la commissure interne des paupières, et pénétrai, en rasant l'ethmoïde, jusque vers les environs du trou optique. Rasant aussi alors de dedans en dehors la paroi inférieure de l'orbite, j'arrivai près de l'angle externe. Je retirai ensuite mon bistouri et le reportai encore à l'angle interne pour pouvoir raser à son tour la voûte de l'orbite. J'eus soin d'enlever en même temps la glande lacrymale. L'œil ne tenant plus que par un pédicule formé par les quatre muscles droits, le nerf optique et les paquets cellulo-graisseux interposés, j'excisai profondément ce pédicule avec des ciseaux courbés sur la lame, et enlevai ainsi la masse cancéreuse.

La partie la plus profonde du globe oculaire, le nerf optique et les muscles de l'œil paraissant sains, et tout le mal paraissant exister seulement dans les trois quarts antérieurs de ce qui avait été enlevé, nous jugeâmes toute cautérisation inutile, et nous ne nous occupâmes plus que d'arrêter l'hémorrhagie, toujours intense dans ces cas, par un pansement méthodique. Des boulettes de charpie préparées à l'avance furent donc introduites et appliquées dans les parties profondes; de petits gâteaux de charpie un peu serrés servaient à les maintenir, et ceux-ci étaient eux-mêmes tenus en place par des compresses fines pliées en quatre et soutenues par un monocle.

Comme, vu la constitution nerveuse du malade, je devais prévenir l'état de spasme qui pouvait suivre l'opération, je prescrivis une potion avec une once et demie de sirop de morphine dans huit onces d'eau distillée, à prendre par cuillerées dans le jour. Infusion de tilleul pour tisane.

Je suis, au reste, dans l'habitude, après les opérations graves que je suis à même de pratiquer, de conseiller tou-

jours les opiacés, notamment le sirop de morphine, pour combattre l'état nerveux qui les accompagne. Par là je fais cesser aussi l'agitation du malade et tends à lui procurer un sommeil réparateur et anti-fébrile.

Il ne se passa rien d'extraordinaire dans le jour de l'opération : la fièvre fut très-modérée ; la nuit qui suivit fut sans sommeil, il est vrai, mais fort calme du reste.

Pour le 1er avril, lendemain de l'opération, potion morphinée à une once, tilleul.

Sommeil et calme la deuxième nuit.

4 avril dans l'après-midi. — Premier pansement qui fut facile à cause de la suppuration établie. Injections avec l'eau de mauve, charpie et compresse fénétrée enduite de cérat.

La fièvre était à peu près nulle, les douleurs de l'orbite légères : le travail de cicatrisation commençait à se bien opérer.

Nous n'eûmes, pendant la continuation du traitement, qu'à tenir l'œil propre et pansé; quand des bourgeons charnus avaient besoin d'être réprimés, nous les touchions avec le nitrate d'argent ; le malade était purgé de temps en temps. Un vésicatoire au bras fut aussi prescrit.

A la fin du mois la cicatrisation était complète, les deux paupières affaissées et enfoncées couvraient la cicatrice opérée derrière elles. Le malade nous quitta le 1er mai.

Tout s'était jusqu'à ce jour si bien passé, le mal paraissait avoir été enlevé si complètement, que toute récidive semblait impossible. Malheureusement les choses ne se passèrent pas ainsi. Le malade étant venu me revoir six ou sept mois après, je m'aperçus que le vide de l'orbite tendait à se combler encore. Une nouvelle tumeur s'y développait derrière les paupières ; elle était le siége de dou-

leurs rares mais lancinantes. La figure reprenait cette couleur de paille qu'elle avait déposée pendant quelque temps. Je lui prescrivis quelques palliatifs que je savais insuffisants pour conjurer le mal qui s'annonçait; mais j'avais besoin de calmer cette imagination irritable que faisait frissonner la seule crainte du retour du cancer.

Cependant, la maladie, qui était alors au début, empira d'une manière fâcheuse; on peut en juger par l'étendue qu'elle occupait quand il vint me revoir le 17 mai 1838. A cette époque, non-seulement la tumeur remplissait toute la cavité orbitaire, mais encore elle faisait, en dehors de la base de l'orbite, une saillie semblable par le volume à une pomme aplatie. Les deux paupières étaient envahies par le cancer, dont les bords renversés, formant un bourrelet fungiforme, cachaient toute la base de l'orbite; des morceaux de cette masse charnue se détachaient de temps en temps dans un état de putrilage. Une odeur infecte s'en exhalait malgré tous les soins de propreté.

Tourmenté par le hideux et la gravité de son mal, et par l'idée fixe d'une mort qui le menace de près, Giraud est continuellement dans un état d'agitation extrême; il a des insomnies presque continuelles, la vie lui est insupportable, l'idée de se la ravir par le suicide se présente fréquemment à son esprit; il lutte contre elle à chaque instant, et il a besoin de toute sa raison pour ne pas y succomber.

Ma position devenait on ne peut plus embarrassante. A l'état où en était le cancer, et surtout après une première extirpation, je ne me souciais pas trop de recourir encore à une opération qui m'offrait bien moins de chances que la première. Mais, d'un autre côté, déclarer à cet infortuné que son mal n'offrait plus de ressources c'eût été accroître

son désespoir et faire évanouir les quelques lueurs d'espérance qui peut-être l'avaient soutenu contre la fâcheuse idée de sa destruction. Mieux valait, dans ce cas, le rassurer et lui faire espérer le retour à la santé par une nouvelle extirpation. Celle-ci était, au reste, rigoureusement possible, la maladie n'ayant pas encore gagné le front, la tempe et la joue, mais tout étant limité aux tissus de l'orbite et aux paupières, nous ignorions si les os étaient affectés du principe cancéreux. C'était suffisant pour oser proposer cette nouvelle extirpation. Une seconde récidive ne devait pas rendre plus pitoyable la position de cet homme.

Aussi, notre manière de penser étant partagée par un de mes confrères, aux lumières duquel je crus devoir m'adresser pour appuyer mon jugement, je cherchai à décider pleinement le malade en lui faisant bien concevoir les suites de sa fâcheuse position si on ne lui enlevait pas la tumeur.

Ce fut effectivement le lendemain, 18 mai, que je pratiquai l'opération en présence du médecin consulté la veille. Voici de quelle manière je procédai :

Deuxième opération.— Le malade étant assis sur une chaise et un drap plié en quatre ayant été placé au-devant de lui, tout ce qui était nécessaire pour l'opération étant d'ailleurs préparé, je commençai par abaisser et déprimer avec les doigts de la main gauche le rebord saillant que faisait la tumeur du côté du sourcil. L'arcade orbitaire étant ainsi mise à découvert, j'enfonçai vers le côté interne de l'orbite un bistouri jusqu'au fond de cette cavité, et j'en circonscrivis toute la voûte en tenant la lame du bistouri aussi rapprochée que possible du frontal. Ayant atteint aussi le côté externe de l'orbite, je le parcourus également avec l'instrument tranchant, et de là, sans le retirer, je rasai sa paroi inférieure,

puis son côté interne, et rejoignis le point par lequel j'avais commencé l'incision. Ainsi se trouva détachée des parois osseuses, excepté dans le fond, cette masse cancéreuse. L'ayant alors abaissée, je coupai avec le bistouri, aussi loin que possible, le pédicule auquel elle tenait encore, et j'en débarrassai l'orbite. Je fus ensuite à la recherche de toutes les parties molles qui avaient pu être laissées par le bistouri, et pour cela je m'aidai tantôt du bistouri, tantôt des ciseaux courbés sur la lame. Non content de ces premières précautions, je promenai rapidement le cautère actuel rougi à blanc dans toute l'étendue de la cavité osseuse.

Il ne resta plus alors qu'à faire le pansement et à arrêter l'hémorrhagie. Dans cette vue des boulettes de charpie furent placées dans le fond de l'orbite, de manière à ce qu'elles exerçassent une compression efficace sur les vaisseaux ouverts. De la charpie roulée en masses plus compactes fut placée en dehors et fut maintenue par des compresses et le monocle. (Infusion de tilleul, potion avec une once et demie de sirop de morphine à prendre par cuillerées.)

La première journée se passa assez bien, la fièvre fut modérée, il y eut un peu de sommeil dans la nuit qui suivit.

22 mai, cinquième jour de l'opération. J'enlève le premier appareil. Le pansement n'offrit aucune particularité digne de remarque : il consista en une compresse fénétrée que j'introduisis dans l'orbite et que je remplis de charpie.

Tout suivit une marche régulière pendant la suite du traitement ; aucun accident ne survint, la cicatrisation s'effectua convenablement et avec assez de rapidité. Elle était presque complète le 22 juin, jour de son départ pour son pays. A cette époque l'orbite était creux, tapissé par une cicatrice régulière qui en avant se continuait d'une manière

insensible avec la peau, un peu attirée en dedans du sourcil, de la tempe et de la joue.

A la fin du traitement, un cautère permanent, que le malade porte encore, fut établi au bras droit.

Voilà bientôt une année que l'opération a été faite, et jusqu'à ce jour aucun indice de récidive du mal n'a paru. Le malade jouit, au contraire, de la meilleure santé, et le teint de sa figure a tout-à-fait perdu cette coloration jaunâtre qu'il avait long-temps conservée.

ESSAI

SUR

L'ACTION THÉRAPEUTIQUE DE LA MÉDICATION VOMITIVE,

OU

DES EFFETS QUE CETTE MÉDICATION PEUT EXERCER SUR LA MARCHE DES MALADIES;

PAR FÉLIX ANDRY,
Docteur en médecine de la Faculté de Paris.

(Suite et fin (1).)

Pleurésie (bilieuse).— Les réflexions que j'ai faites à l'occasion de la pneumonie sont exactement applicables à l'inflammation de la plèvre. C'est ce que va nous prouver l'observation suivante.

---

(1) Voir les trois premiers articles dans la *Revue médicale* des mois d'avril, juin et juillet derniers.

Obs. I. — Le 13 mai 1837, un cordonnier âgé de cinquante ans, malade depuis quatre jours, se présente dans l'état suivant : le bas du visage jaune, bouche amère, anorexie, ventre météorisé, douloureux par intervalles, douleur à l'épigastre et dans le flanc droit par la pression; le lobe gauche du foie s'avance vers l'ombilic; douleur pleurétique à droite en arrière, un peu de dyspnée, en avant et en dehors bruit de frottement sec, surtout pendant l'expiration, avec résonnance un peu moindre; en arrière, du même côté, froissement pleural, surtout aussi pendant l'expiration, avec un peu de ronchus, du râle muqueux et quelques bulles de râle crépitant très-sec; pouls à 80.

M. Bouillaud prescrit une saignée de trois palettes, des ventouses à droite, même quantité, cataplasme, boissons adoucissantes, lavements et diète.

Le lendemain le malade se sent beaucoup mieux, mais le frottement pleural, encore très-marqué, exige l'application d'un vésicatoire; ce moyen suffit à compléter la cure, et le 27 du même mois le malade sort pleinement rétabli.

Notons que dans ce cas, ainsi que dans ceux de pneumonie qui l'ont précédé, la maladie résidait à droite; ce sont donc de nouveaux exemples à l'appui de ce que nous avons vu plus haut sur la propagation de l'irritation aux voies biliaires par contiguité. J'ajouterai aussi que les pleurésies se sont offertes à moi plus rarement que les pneumonies sous la forme bilieuse, mais ce fait ne tient, je pense, qu'à la différence de fréquence des pleurésies simples et des pleuropneumonies. Voici, cependant, un autre fait, et qui n'est pas sans intérêt en ce qu'il nous montre un embarras gastrique coïncidant avec une pleurésie et d'une manière assez indépendante pour avoir exigé cette fois un traitement à

part. Nous y remarquerons de plus que la pleurésie est à gauche.

Obs. II.— Le 10 décembre 1837, une marchande de gâteaux âgée de 34 ans nous présente l'état suivant : toux sèche, douleur très-vive sous le sein gauche, en arrière, à gauche, respiration plus faible qu'à droite, avec bruit de froissement, surtout en bas, pouls à 84, chaleur sèche, visage un peu abattu, jaunâtre dans son ovale inférieur, lèvres sèches, langue saburrale, peu d'appétit. Cette maladie date de huit jours, elle a débuté par frisson, fièvre, abattement, douleur pleurétique et toux.

M. Bouillaud diagnostique : pleurésie légère compliquée d'état saburral, et il prescrit une application de ventouses (deux palettes et demie), cataplasme, violette et guimauve, looch avec huit gouttes de laudanum, lavement émollient et diète.

Le lendemain 11, la douleur est moins forte, mais elle persiste ; la langue est toujours saburrale et le visage jaune.

Même prescription, sauf les ventouses, qui sont remplacées par un vésicatoire de quatre pouces *loco dolenti.*

Le 12, même état. Le 13, idem, et la langue est toujours blanche. Alors, M. Bouillaud ordonne 18 grains d'ipécacuanha, limonade citrique et bouillon aux herbes.

Le 14, la malade se trouve mieux, et le point de côté lui-même est moins douloureux depuis le vomitif qui a été suivi de 4 à 5 vomissements aqueux et un peu floconneux, et de trois selles liquides. Cette amélioration se consolide les jours suivants, et le 19 janvier la malade demande son *exeat.*

Bronchite. — On a vanté les vomitifs contre le début de la bronchite aiguë ; je n'ai point vu de faits dans la clinique

de M. Bouillaud à l'appui de cette médication, qui me semble beaucoup moins rationnelle que les émissions sanguines locales suivies de l'emploi de vésicatoires. On sait d'ailleurs que les vomitifs ne sont plus aujourd'hui que très-rarement employés dans cette circonstance. J'avoue pourtant que dans une bronchite subaiguë et compliquée, comme on l'observe assez fréquemment, de phénomènes bilieux, pour peu surtout que les anti-phlogistiques se trouvassent contre-indiqués, j'essaierais volontiers ce moyen en donnant alors la préférence à l'ipécacuanha, médicament moins irritant que l'émétique, et surtout irritant moins spécial pour l'appareil pulmonaire. C'est surtout à cette forme particulière de la bronchite que me paraissent devoir être rapportés les principaux cas de succès de la médication vomitive. On donne quelquefois alors l'ipécacuanha à doses très-faibles et plutôt comme expectorant ou sudorifique que comme vomitif. Nos considérations physiologiques justifient cette pratique. On sait aussi que chez les enfants le sirop d'ipécacuanha est souvent fort utile contre la bronchite, donné alors par cuillerées à café jusqu'à effet vomitif. Son principal avantage dans ce cas me paraît être de favoriser, par les secousses mécaniques qui en sont la conséquence, le dégorgement des bronches, si souvent alors obstruées de mucosités.

Si l'on peut contester aux vomitifs leur efficacité dans la bronchite aiguë, je crois qu'il ne saurait en être de même contre la bronchite chronique. Suivant Laennec, aucun moyen n'est plus utile. Il raconte à ce sujet qu'il fit prendre avec un succès complet quinze vomitifs en un mois à une dame de quatre-vingt-cinq ans affectée depuis dix-huit mois d'un catarrhe muqueux tellement abondant, dit-il, qu'elle

rendait chaque jour environ deux livres de crachats. Elle vécut huit ans après sa guérison (Laennec, t. I, p. 148). Je pourrais citer plusieurs cas analogues, quoique moins frappants ; celui, entre autres, d'un terrassier de trente-six ans, qui, atteint de bronchite chronique, accusait de plus une douleur épigastrique et une anorexie datant de quelques jours. M. Bouillaud prescrivit 24 grains d'ipécacuanha, et dès le lendemain la douleur épigastrique était dissipée, l'appétit meilleur, l'expectoration moins abondante et la dyspnée habituelle moins prononcée. Mais ces exemples sont assez connus et assez fréquents d'ailleurs, surtout chez les enfants, pour que je croie superflu d'y insister ici davantage.

Il est encore une autre forme d'affection bronchique contre laquelle les vomitifs peuvent être employés avec succès. C'est le catarrhe pituiteux des anciens, la bronchorrée des auteurs modernes. « Les vomitifs, dit M. Roche (article Bronchorrée du *Dictionnaire de médecine pratique*), tiennent sans contredit le premier rang parmi les moyens à opposer aux accès de la bronchorrée aiguë ; ils facilitent le rejet rapide de la matière sécrétée qui suffoque les malades, et diminuent de la sorte la durée des attaques. » Les vomitifs répétés sont aussi rangés par cet auteur parmi les moyens qui conviennent le mieux contre cette maladie passée à l'état chronique. (Article cité.)

Angine. — Cette maladie est peut-être une de celles contre lesquelles non-seulement les anciens, mais aussi quelques observateurs modernes ont cité le plus de succès en faveur de la médication vomitive. Je ne nie point ces résultats, j'admets même leur possibilité, soit que l'angine ait été ou non accompagnée de phénomènes gastriques. Mais je

m'empresse d'ajouter que dans tous ces cas je défie qu'on explique le mode d'action du vomitif autrement qu'en admettant qu'il a substitué à l'irritation gutturale une irritation gastrique ou gastro-intestinale dérivative, et de ce fait je déduis les conséquences pratiques suivantes :

1° Que dans les cas d'angines bien aiguës et à forme inflammatoire bien dessinée, il sera peu rationnel et peu prudent d'ajouter ainsi à l'irritation déjà existante une irritation nouvelle qui pourra bien alors ne pas la déplacer.

2° Que dans les angines susceptibles, par leur peu d'acuité, de céder à l'irritation vomitive, on est en droit d'attendre des résultats non moins sûrs d'une dérivation portée plus loin sur le tube intestinal; qu'ainsi donc les purgatifs seront alors préférables aux vomitifs.

3° Que, quelle que soit de ces deux catégories celle à laquelle appartient une angine, la méthode la plus sage, la plus conforme aux lois d'une saine thérapeutique consistera toujours à l'attaquer directement et le plus près possible de son siége anatomique. Sous ce dernier rapport les émissions sanguines me paraissent encore mériter une préférence incontestable sur toute autre médication. Au reste, comme cette dernière conclusion est loin d'être généralement admise, je vais l'appuyer ici sur des cas que j'ai observés dans la clinique dont nous poursuivons l'analyse en ce moment.

Obs. I. — Un tonnelier de vingt-deux ans se refroidit ayant chaud, et bientôt il est pris d'un mal de gorge et d'une dysphagie sans cesse croissante et qui, quatre jours après, le force à entrer dans nos salles. Il y est reçu le 21 avril 1838, au soir, et voici son état : visage animé, jugulaire gauche gonflée, ainsi que les ganglions sous-maxillaires du même côté; l'écartement des mâchoires ne se fait que difficilement

et laisse apercevoir l'amygdale gauche et la luette tellement tuméfiée, que l'air ne passe que par deux fentes étroites ; la langue est blanche au centre, mais les voies digestives n'offrent rien d'anormal ; les narines sont rouges, et la gauche est notablement enchiffrenée ; la chaleur vive, et le pouls à 92.—On prescrit une saignée de trois palettes et vingt sangsues au cou.

Le lendemain matin il se sent mieux, mais l'amygdale et la luette sont dans le même état; la bouche, constamment entr'ouverte, laisse couler au dehors une salive abondante, la voix est nasonnée et la parole difficile.

M. Bouillaud prescrit une nouvelle saignée de trois palettes et 30 sangsues.

Le 23, le malade est très-bien, la déglutition se fait aisément, la parole est à peine altérée, le pouls à 72. Les deux amygdales sont séparées par un intervalle où le doigt passerait librement, et la luette a perdu un bon tiers de son volume. (Eau d'orge, sirop de groseilles, cataplasme, un bouillon et une soupe.)

Cette convalescence se soutient les jours suivants et marche rapidement ; car le 28 il sort parfaitement guéri. La luette est normale et l'amygdale gauche ne conserve qu'un très-léger gonflement.

Obs. II. — Le 25 juin 1838, un charcutier âgé de vingt-deux ans entre à la Clinique, malade depuis quatre jours. On constate chez lui : céphalalgie, courbature, étourdissements, faiblesse notable, pommettes colorées, le bas du visage jaune, l'haleine un peu fétide, bouche amère, anorexie, soif vive, langue blanche, déglutition difficile, l'arrière-bouche rouge et les amygdales tuméfiées, le pouls à 72. On prescrit une saignée de deux palettes.

Le lendemain 26 il se trouve à peu près dans le même état, et M. Bouillaud remarque de plus que le gonflement porte spécialement sur l'amygdale gauche, et qu'elle présente à sa face interne une large plaque d'un gris sale et noirâtre ayant l'aspect d'une eschare. Il ordonne une nouvelle saignée de trois palettes et trente sangsues au cou, dont dix-huit du côté gauche. Gomme, limonade, gargarisme, cataplasme, lavement émollient et diète.

Sous l'influence de ce traitement, dès le lendemain le malade se trouve beaucoup mieux; les deux amygdales sont moins gonflées et une grande partie de la plaque diphtéritique est tombée. On constate aussi alors un peu d'exsudation sur l'amygdale droite. Les mêmes moyens sont continués, sauf les émissions sanguines, et le 29 les amygdales sont complètement nettoyées, sans plaques ni rougeur, et seulement un peu déchiquetées sur leurs bords. La déglutition est tout-à-fait libre, le pouls à 56-60. Le malade est guéri.

Si l'on a pu contester aux émissions sanguines en général leur efficacité contre l'angine, on conviendra du moins que, pratiquées ainsi que nous venons de le voir, elles sont assurément d'une merveilleuse puissance, puisqu'elles font avorter en quelque sorte dès le début des affections aussi aiguës et aussi intenses. Qu'on me cite un seul cas où le vomitif ait produit un pareil résultat. Conclurons-nous de là qu'il faut l'effacer du cadre thérapeutique de l'angine? Non sans doute. Il est des circonstances où l'on peut trouver en lui un utile auxiliaire, et nous n'ignorons pas d'ailleurs les précieux services qu'il rend tous les jours contre une maladie si voisine par son siége et sa nature de celle qui vient de nous occuper, je veux dire le croup. La cli-

nique de M. Bouillaud ne me fournit pas de nouveaux faits à ajouter sur cette dernière question à ceux que la science possède. Mais au reste, la vertu des vomitifs est à cet égard mise en quelque façon hors de cause. Je n'insiste donc pas ici sur cette maladie, non plus que sur la coqueluche, qui, comme l'on sait, ne se rencontre aussi que bien rarement dans nos cliniques, et contre laquelle le succès des vomitifs est chose non moins généralement admise. Je noterai seulement que, dans le croup, l'effet thérapeutique doit être en grande partie attribué aux phénomènes mécaniques du vomissement, et que dans la coqueluche on le rapporte assez communément à une modification perturbatrice du système nerveux qu'expliquent nos considérations physiologiques et sur laquelle nous reviendrons.

Erysipèle. — Les connexions étroites qui existent entre la muqueuse digestive et la peau, la facilité avec laquelle les maladies qui affectent celle-ci peuvent envahir la première, ont toujours fait une loi aux praticiens de n'employer les vomitifs qu'avec réserve dans le cours des maladies cutanées aiguës. On sait l'exemple du premier fils de Louis XVI qui mourut après la rétrocession d'une variole provoquée par un émétique. On s'est pourtant départi de cette réserve à l'occasion de l'érysipèle, et il faut convenir que souvent le succès a couronné ces tentatives. Je n'ai pas eu cependant occasion de les voir répétées dans le service clinique de M. le professeur Bouillaud, et je le crois peu disposé à ce genre d'expérimentation thérapeutique. Et en effet, en 1835 voulant essayer l'émétique en lavage contre un érysipèle d'intensité moyenne, il vit survenir chez son malade, après avoir continué cette médication deux ou trois jours, tous les symptômes d'une entéro-mésentérite bien complète; il y

eut taches typhoïdes, larges eschares; bref, le malade faillit périr et ne recouvra la santé qu'au bout de six semaines. (Voyez *Essai sur la philosophie médicale*, par M. Bouillaud, p. 414). Cette épreuve suffit sans doute à ce professeur, qui d'ailleurs à cette même époque venait précisément de dissiper en quelques jours, et par les saignées répétées, des érysipèles d'une gravité au moins égale, et je conçois qu'il ait dû répugner depuis à sa conscience médicale de renouveler une expérience aussi dangereuse. Je dirai donc que dans l'érysipèle les vomitifs constituent une médication qui peut avoir produit quelques heureux résultats; je reconnais qu'il existe à cet égard des faits bien réels, mais qu'il n'en est pas moins vrai que cette indication est chanceuse, et par conséquent ne peut pas être généralement avouée par la prudence médicale; et pour ceux qui douteraient des effets non moins sûrs et pour le moins aussi rationnels que peuvent produire contre cette maladie les émissions sanguines, je citerai le fait suivant, que j'ai observé entre bien d'autres à la clinique de la Charité.

Observation.— Une ouvrière de vingt ans entre le 9 mai 1837, accusant un point pleurétique à gauche, une légère bronchite et un érysipèle de la face. Celle-ci est généralement très-rouge, mais surtout vers l'angle droit de la mâchoire et à la partie supérieure du cou de ce même côté. Le gonflement est encore peu prononcé, la rougeur s'efface à la pression et revient immédiatement. Le pourtour de la bouche est jaune, la bouche amère, mais la langue humide et rosée; inappétence, nausées la nuit précédente, étourdissements, pas de céphalalgie, pouls 76-80. Elle est malade depuis quatre jours de son point pleurétique. M. Bouillaud prescrit une saignée de trois palettes et vingt-cinq sangsues

sur le point douloureux. Violettes et guimauve, groseilles, des fomentations sur l'érysipèle avec l'eau de sureau, lavement et diète.

Le lendemain l'érysipèle a complètement disparu, ainsi que le point de côté, et quatre jours après elle sort parfaitement guérie.

Rhumatisme.— Cette maladie est du nombre de celles où l'on a le plus fréquemment expérimenté l'émétique, mais l'émétique à haute dose, et non comme vomitif. Aussi ne parlerons-nous pas de ces essais. Stoll, comme nous l'avons dit, et après lui Pinel, admettaient bien le rhumatisme bilieux ou gastrique; nous avons vu les résultats de leur pratique. Mais depuis ces praticiens on peut dire que les troubles digestifs dans cette maladie n'ont pas en général fixé l'attention des observateurs d'une manière spéciale. Voici, du reste, ce que dit à ce sujet M. le professeur Chomel. Je cite ce passage d'autant plus volontiers, qu'il s'applique, comme on va le voir, d'une manière non moins convenable à différents autres points de ce mémoire :

« Il y a déjà de longues années, dit M. Chomel, que l'emploi du tartre stibié à petites doses en qualité d'émétique, est banni, dans la médecine française, du traitement des affections rhumatismales, comme de tant d'autres, depuis le discrédit où est tombée la polycholie de Stoll. . . . . Nous ne pensons pas que la médication vomitive eût été si dédaigneusement abandonnée, si pendant la longue vogue dont elle a joui elle eût déployé une évidente efficacité. Elle peut être indiquée dans quelques cas avec coïncidence d'un état bilieux, mais à coup sûr ne doit pas être admise comme élément principal dans le traitement général de la maladie. » (Leçons de M. Chomel sur le rhumatisme, p. 311.) On

pense bien que les observations cliniques du professeur de la Charité ne pourraient que venir en aide à cette sage manière de voir. Il me serait bien facile de le démontrer par les faits, mais le peu d'importance généralement accordée aujourd'hui aux phénomènes bilieux dans cette maladie me dispense, je crois, de cette nouvelle citation.

Fièvre intermittente. — Je terminerai ce compte-rendu de la clinique de M. le professeur Bouillaud, envisagée sous le point de vue des maladies à forme bilieuse, par quelques mots seulement sur la fièvre intermittente, maladie qui pourrait nous fournir l'occasion de résumer les points de pratique les plus essentiels que nous ayons posés dans ce travail. Et en effet, en la considérant, avec le professeur de la Charité, comme une névrose du système circulatoire dont le point de départ est dans le nerf trisplanchnique, ne voyons-nous pas de suite les troubles tout sympathiques que peuvent offrir dans ces affections et qu'offrent en effet les voies digestives (1)? Ne comprenons-nous pas aussi combien tous les désordres sont alors éminemment secondaires, et que lutter contre eux en croyant combattre la maladie ce serait à vrai dire lutter contre un fantôme? Telle est aussi la pensée qui dirige le clinicien dont je parle, et je dois dire la majorité des praticiens éclairés d'aujourd'hui. Quant à ceux qui s'obstineraient encore à ne voir dans ces différents cas que des fièvres gastriques à forme rémittente, tierce, etc., subordonnant ainsi le fond de la maladie à sa forme, je les renverrai sinon à ce qu'a fait, du moins à ce qu'a dit Pinel lui-même à cet égard.

---

(1) La tuméfaction de la rate qui joue, comme on sait, un rôle bien réel dans la fièvre intermittente, serait-elle aussi pour quelque chose, par sa contiguité, dans ces troubles gastriques?

Il est cependant un motif que je puis dire rationnel et dans lequel plusieurs praticiens essaient encore les vomitifs contre les fièvres intermittentes. Il consiste à les donner comme moyen perturbateur, comme produisant une forte impression sur le système nerveux. Leur premier effet serait alors de hâter l'arrivée du stade de chaleur et de provoquer une abondante transpiration (voy. Wilson, Philip, *Traité des fièv. intermitt. et rémitt.*; Thomson, *Essais et observat. médic. d'Édimbourg*, tom. IV, etc.). Le docteur Téallier, dans un bon mémoire (sur le tartre stibié et son emploi dans les maladies), nous dit qu'il a vu l'émétique guérir certaines fièvres intermittentes rebelles au quinquina; et, suivant lui, il n'agirait pas seulement comme évacuant, mais par les sueurs copieuses et la perturbation générale qu'il détermine. Aussi, peut-il être cité avantageusement, nous dit-il, parmi les moyens empiriques applicables au traitement de ces maladies quand les moyens rationnels ont échoué (p. 126). En Afrique, où comme l'on sait la fièvre intermittente sévit si cruellement sur nos soldats, le docteur Worms, l'un de nos médecins militaires les plus distingués, a coutume de recourir aux vomitifs dès le début de la fièvre et d'administrer, immédiatement après, le sulfate de quinine à hautes doses. Le vomitif agirait-il alors et comme perturbateur et comme moyen d'activer l'absorption du fébrifuge? Cette double action ne me semble nullement impossible.

Cet effet de perturbation me paraît donc mériter une place spéciale parmi les effets thérapeutiques des substances vomitives. Je ne les ai point vu employer par M. le professeur Bouillaud dans cette vue de perturbation. Voici cependant un fait que j'extrais de sa clinique et dans lequel l'effet de l'émétique me paraît se rattacher en partie à ce mode d'ac-

tion. La femme Laurent, domestique, entrée à la Clinique le 17 mai 1836 pour des symptômes de chlorose, raconta que quinze jours avant son entrée elle avait voulu attenter à ses jours en avalant une décoction concentrée de têtes de pavots. Une heure après, douleur épigastrique, somnolence, assoupissement. Un médecin, appelé une heure et demie après le début de ce dernier symptôme, prescrit 6 grains d'émétique, 1 grain tous les quarts d'heure. Après le sixième vomissement, la malade se réveille et les accidents disparaissent.

J'ai entendu M. Alibert nous rapporter à son cours qu'un médecin obtint un succès inespéré dans un cas de colique de *miserere* en donnant l'ipécacuanha, qui agit alors, nous dit-il, comme antispasmodique et en déplaçant l'irritation. Ne serait-ce pas plutôt encore comme moyen perturbateur? On conçoit quelles inductions pratiques peuvent être tirées de ces faits pour le traitement de certaines névroses et de certaines paralysies. Aussi viens-je d'insister à dessein sur cette façon d'agir de la médication vomitive, parce que je la crois bien réelle, digne d'un souvenir tout spécial dans certains cas, et propre d'ailleurs à nous fournir la solution de plusieurs cures plus ou moins merveilleuses consignées dans les Annales de la science et que je n'ai pas cru devoir citer en détail.

Ici, du reste, je termine, avec l'analyse des faits cliniques de la Charité, l'exposé des *principales* circonstances dans lesquelles ait été employée jusqu'ici la médication vomitive, et de ses effets thérapeutiques. Je dis des *principales* circonstances, car je suis loin de prétendre les avoir énumérées toutes. Il faudrait pour cela épuiser à bien dire tout le cadre nosologique. Quelle est, en effet, la maladie contre la-

quelle on n'ait pas expérimenté les vomitifs, contre laquelle on n'ait pas prétendu consacrer ces expériences par le succès ? Qui ne sait que tous les jours encore nous voyons nos feuilles périodiques nous redire à ce sujet quelque tentative nouvelle, nous citer quelque cas nouveau plus ou moins fait pour nous surprendre, depuis l'amaurose ou l'ophthalmie, contre laquelle on essaie l'émétique à l'instar de Scarpa lui-même, jusqu'à la métrorrhagie et aux affections diverses des femmes en couches, qui tant de fois aussi fournirent en faveur de cette médication les plus éclatants résultats (voyez entre autres un Mémoire sur les maladies des femmes en couches de l'Hôtel-Dieu de Paris traitées par l'ipécacuanha ; Paris, 1782). C'est ainsi, du reste, que marchera toujours la thérapeutique médicale à l'égard surtout de ses principaux moyens de médication. Expériences les plus diverses, résultats souvent les plus opposés ou même parfois contradictoires, chaos enfin et mystères de l'empirisme, voilà ce que nous présente successivement chacune des phases principales de son histoire, jusqu'à ce que, de loin en loin, certains faits surgissent de tout ce désordre, se posent comme autant de lois définitives dans le domaine de la science qui les adopte et les consacre, et laissent autour d'eux leurs apocryphes satellites retomber dans le néant, d'où plus tard quelque autre expérimentateur viendra de nouveau les évoquer. Dans cette longue moisson de faits divers que nous venons d'étaler, est-il quelques-uns de ces faits capitaux, dominants, et auxquels l'état actuel de nos connaissances nous permette de donner force de lois ? Oui, sans doute, et c'est par leur exposé que nous allons résumer tout ce travail, bien éloignés sans doute de le considérer comme définitif, et laissant à d'autres le soin de venir y ajouter

plus tard et grossir à leur tour ce bagage de la science.

Résumé général.

Les vomitifs agissent physiologiquement et sur l'appareil digestif, et sur l'appareil pulmonaire, et sur le système nerveux. Le nerf pneumogastrique, le grand sympathique, l'encéphale, soit isolés, soit réunis, paraissent être les aboutissants directs de leur action première.

Leur effet secondaire le plus immédiat est un effet d'excitation.

Il n'est presque pas d'appareil dans notre économie dans lequel ensuite ne puissent s'éveiller des phénomènes ou synergiques ou sympathiques.

Employés de tout temps en médecine, ils l'ont été le plus souvent en vue d'obéir à des indications purement symptomatiques.

Les progrès de la science ont donc restreint de plus en plus leur usage qui est aujourd'hui borné le plus généralement aux affections gastro-intestinales, désignées sous les noms d'embarras gastrique ou gastro-intestinal et d'état bilieux.

Parmi ces affections, il en est contre lesquelles les vomitifs sont préférables, d'autres contre lesquelles ils sont inutiles, d'autres enfin contre lesquelles ils sont nuisibles (voy. pour la précision de ces différents cas nos résumés spéciaux).

Les principales intentions thérapeutiques, d'après lesquelles on peut encore les donner avec avantage, soit rationnellement, soit empiriquement, sont les suivants :

Comme excitant des bronches ou comme moyen d'ébran-

lement général et de secousse toute mécanique dans certains cas que nous avons déterminés.

Comme sudorifiques.

Comme excitant de l'innervation ou moyen perturbateur.

Enfin, quelques praticiens les prescrivent aussi comme moyen de révulsion. Cette pratique peut être utile dans quelques circonstances que nous avons posées, mais dans d'autres aussi elle peut être imprudente et dangereuse.

On peut voir, d'après ce résumé, qu'il n'a pas été question dans ce mémoire de toutes les applications possibles de la médication vomitive. Mais n'oublions pas que, d'après le texte de mon programme, je ne prétendais traiter que des effets thérapeutiques de cette médication *sur la marche des maladies*. Et, en effet, de quel intérêt eût-il été d'insister, par exemple, sur l'expulsion des corps étrangers ou des substances vénéneuses; sur l'emploi de l'émétique dans les indigestions; en un mot, sur tous ces cas où l'on ne saurait réellement mettre en doute l'urgence ou l'opportunité d'un vomitif? Je rappelle que c'est surtout à la partie litigieuse de la question que j'ai cru devoir m'adresser. Pour l'éclairer, j'aurais pu me contenter peut-être d'exposer de suite à son égard l'état actuel de la science et de dire : On fait aujourd'hui vomir dans tels cas, on ne fait plus vomir dans tels autres, et cela par telles et telles raisons. J'ai préféré remonter jusqu'à la naissance de ces raisons, et en développer peu à peu les progrès au moyen de l'histoire thérapeutique de la médication vomitive. Avant de voir agir nos maîtres d'aujourd'hui, j'ai remis en scène nos principaux maîtres des temps passés, voulant éviter ainsi ce reproche d'un auteur anglais : « Celui qui n'observe que les maladies

soumises à son propre traitement est aussi dangereux que celui qui ne lit qu'un livre ou ne s'attache qu'à un système; il tournera sans cesse dans le même cercle » (James Sims).

Restreint aux limites que je m'étais posées, puis-je me flatter d'avoir épuisé mon vaste sujet? Non, je ne me le dissimule pas. On trouvera dans ce mémoire bien des points encore obscurs, bien des questions encore vagues et incertaines. J'en conviens; mais à quoi devais-je prétendre en abordant ce travail? A faire la science? Non, sans doute, mais à la constater, à chercher tout ce qui pouvait être aujourd'hui trouvé de positif dans une matière où la science paraît avoir été si peu hâtive à asseoir ses jugements. J'ai donc cherché, et si je n'ai pu trouver encore tout ce qu'on est en droit de souhaiter d'éclaircissements et de lumière sur cette question, qu'on en accuse, non mes efforts, mais l'état actuel des choses. Chaque fois que j'ai pu préciser, je l'ai fait; j'ai dit par-là à ces observateurs rétrogrades qui, toujours disposés à douter de leur époque en faveur des époques antécédentes, aiment mieux revenir sur le passé que de travailler à fonder l'avenir : Cette question est jugée, ne reculons donc point en arrière. Chaque fois que je me suis vu arrêté par le doute et les ténèbres, j'ai dit de même, et non moins franchement, m'adressant alors aux hommes de progrès : Cette question est à refaire, tâchons donc de marcher en avant. Telle est, en deux mots, la double pensée qui résume la tendance générale de tout ce mémoire.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

Traité de diagnostic et de séméiologie ; par P. A. Piorry, docteur en médecine, médecin de l'hôpital de la Pitié, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, professeur de clinique interne, membre de l'Académie royale de médecine, de la Société de médecine de Paris, etc. — 3 vol. in-8°.

S'il est aujourd'hui, en médecine, un progrès généralement admis, c'est celui qui est relatif à la science du diagnostic, cette partie de l'art de guérir qui tient en même temps et de l'investigation de l'état matériel de nos organes et de l'appréciation des troubles variés que cet état matériel imprime à l'économie. C'est qu'à aucune autre époque les études anatomiques n'avaient acquis autant de précision, c'est qu'à aucune autre époque une succession de travaux fondés sur l'observation rigoureuse des faits, n'avait jeté un aussi grand jour sur la pathologie des organes ; et par organes nous n'entendons pas seulement les solides, mais les liquides, le sang, la lymphe, dont les maladies commencent à fixer sérieusement l'attention. Aussi, dans cette partie de l'art, dans le diagnostic, sommes-nous arrivés à un degré d'exactitude que nos prédécesseurs n'avaient pas connu ; et cependant il reste encore beaucoup à faire ; car tout le diagnostic ne consiste pas dans la seule appréciation de l'état ma-

tériel de nos organes; chez l'être vivant, il existe des modifications d'une autre sorte, des modifications vitales, résultant de conditions spéciales, telles que la constitution atmosphérique, les lieux, l'hérédité, le sexe, l'âge, la constitution individuelle, l'idyosincrasie, etc., lesquelles éludent l'examen des sens, et dont il est indispensable de tenir compte dans la solution du problème que se propose le médecin. Heureusement que, de jour en jour, cette solution devient plus prochaine, et que les faits aujourd'hui acquis à la science ne peuvent plus lui échapper, quels que soient du reste les systèmes qui viendraient à prévaloir. Le progrès fait depuis quelques années dans la science du diagnostic, il faut l'attribuer à la découverte de l'auscultation médiate et aux perfectionnements apportés aux autres procédés d'investigation déjà connus, comme au développement que chez nous ont pris depuis vingt-cinq ans l'anatomie pathologique, l'étude de la pathologie organique et les recherches cliniques; et c'est à l'impulsion que les médecins modernes ont su communiquer à ces divers éléments de progrès, que sont dus ces résultats. Mais ces deux sources de lumière, l'anatomie pathologique et la symptomatologie, ne sont réellement devenues fécondes qu'alors qu'elles se sont prêtées un mutuel appui, qu'elles se sont éclairées l'une par l'autre. L'anatomie pathologique, sans la pathologie, ainsi que nous-même l'avons long-temps vu cultiver, n'était guère, qu'on me passe l'expression, qu'une lettre morte, une science plus physique que physiologique, plus occupée des altérations matérielles survenues dans nos organes, que de la recherche des modifications imprimées aux actes vitaux par l'existence de ces mêmes altérations matérielles, en un mot une science où le scalpel de l'anatomiste avait plus à s'exercer que la

sagacité du médecin. Je sais bien qu'il est quelques exceptions à faire, que certains hommes, la gloire de notre art, firent marcher de front la pathologie et l'anatomie pathologique; mais il n'en est pas moins vrai que le petit cercle d'intelligences parmi lesquelles ces lumières s'étaient renfermées, relativement à la masse qui en était privée, démontre suffisamment que les efforts de ces grands praticiens de la fin du dix-huitième siècle et de la première partie du siècle présent, avaient à peu de chose près été infructueux, et que le diagnostic comme l'avaient fait les Morgagni, les Rœderer et Wagler, les Stoll, les Corvisart, etc., était resté, pour le plus grand nombre, infécond. Pendant toute la durée de l'école de Pinel, la médecine clinique dont le diagnostic forme un des principaux éléments, fit un temps d'arrêt, comme le prouve l'état de la pathologie des trois cavités splanchniques avant 1816, ce dont on peut se convaincre en relisant les faits particuliers recueillis à cette époque. Ce fut vers ce temps à peu près que parurent trois hommes que nous nous plaisons à citer, parce que la médecine considérée et comme science et comme art, leur doit beaucoup, et que tous trois, dans des voies différentes et par des moyens divers, rendirent au diagnostic comme à toute la pathologie, cette vie et cet éclat dont ils étaient depuis long-temps privés, et contribuèrent à placer la médecine à la tête de l'art de guérir, poste que la chirurgie, depuis la brillante époque de Dessault, semblait avoir conquis. Ces hommes qui, en ouvrant de nouvelles routes à la science, se sont associés à tous ses progrès futurs, comme à ceux qui ont été faits sous leurs inspirations, sont : M. Récamier, dont les élèves portèrent si loin la pathologie du cerveau; Broussais, et Laennec, qui, vers 1820, découvrit le stéthos-

cope et sut en tirer de si belles et de si utiles applications.

La pathologie, en s'enrichissant d'une série de travaux sur les points les plus obscurs des maladies de l'encéphale et du tube digestif; l'auscultation médiate, en créant un nouveau champ à l'exploration des souffrances du cœur et des poumons, venaient de changer la face de la séméiologie et donner au diagnostic, si négligé jusque-là, une précision que la médecine n'avait point encore connue. C'est alors qu'en 1824 je fis paraître mon *Manuel de Clinique,* dans lequel je m'efforçai de faire marcher sur la même ligne l'exploration des organes, le diagnostic de leurs maladies et la connaissance des altérations matérielles que celles-ci entraînent à leur suite, interrogeant la fonction troublée dans l'organe chargé de l'exécuter, au lieu d'explorer successivement et uniformément les diverses fonctions d'après un ordre systématique; groupant autour de l'organe malade tous les symptômes dépendants de la maladie de cet organe, au lieu de les isoler, ainsi que le consacraient les ouvrages classiques de séméiologie, où toutes les maladies étaient soumises au même mode d'examen, que ces maladies appartinssent au cerveau, au cœur, ou aux articulations; enfin, donnant à l'étiologie, ce flambeau des maladies chroniques, tout le développement dont il est susceptible.

En 1826, M. Rostan fit paraître son cours de médecine, et sur les trois volumes dont il se compose, deux furent consacrés à l'exploration des organes et à l'étude des signes que revêtent leurs maladies. La séméiologie et la science du diagnostic furent alors en harmonie avec la pathologie: l'art d'observer ne fut plus le partage de quelques esprits privilégiés, il se répandit dans les masses, et maintenant un élève instruit peut décrire une affection quelconque avec plus

d'exactitude que ne l'auraient fait autrefois même des maîtres.

M. Piorry a publié dans ces derniers temps un traité de diagnostic qui embrasse cette vaste question dans tous ses détails, et pour la solution de laquelle il n'a pas fallu moins de trois volumes. Le troisième volume a paru il y a peu de mois. Un ouvrage d'aussi longue haleine exigeait des études préliminaires fort étendues ; il ne pouvait être le fruit que d'une expérience prolongée dans les hôpitaux, l'œuvre d'un homme joignant à la connaissance parfaite de l'état actuel de la pathologie, une habitude d'investigation clinique qui lui permît de connaître toutes les difficultés que présente ce genre de recherches, et en même temps les moyens de les résoudre. M. Piorry s'y était préparé depuis long-temps par des travaux de détails sur différents points de la pathologie, par des études profondes sur la physiologie, et surtout par ses recherches spéciales sur la percussion, à laquelle, comme chacun le sait, il a donné une précision qu'il serait bien à désirer qui existât dans tous les autres points du diagnostic; et, nous le disons ici parce que c'est une justice, il n'a pas manqué à sa tâche. C'est le traité, selon nous, le plus complet et le plus précis que nous connaissions. Actuellement, la science du diagnostic repose sur des bases solides; chacun peut l'aborder et la transmettre : une maladie recueillie dans différentes localités et par des observateurs différents, sera pour tous la même maladie, une pleurésie, une épilepsie, une névralgie, une encéphalite, etc.; et pour tous, ses caractères seront les mêmes; il n'y aura de différence que dans ce qui touche à l'individualité. C'est que l'art d'interroger la nature a fait des progrès réels; c'est que cet art est perfectionné; et il se perfectionnera encore, tant que les observa-

teurs apporteront, dans l'étude des faits particuliers, cette précision et cette sévérité dont ils font preuve depuis plusieurs années. Cette source de progrès est bien plus certaine que ne le sont ces systèmes éphémères dont l'histoire ne conserve le souvenir que pour témoigner des erreurs de l'esprit humain.

M. Piorry a donc réuni les travaux de ses prédécesseurs sur la séméiologie et le diagnostic, que ces travaux fussent rassemblés en corps de doctrine ou épars dans des mémoires particuliers ou des monographies; il les a développés, commentés, complétés, soumis à de nouvelles épreuves cliniques; lorsque les éléments manquaient, il les a fait naître de recherches qui lui sont tout-à-fait personnelles, et en somme il nous a donné, à très-peu d'exceptions près, ce qu'il y a de plus positif sur l'exploration organique et le diagnostic.

Le premier volume est consacré à l'exploration des organes de la circulation et de la respiration, ainsi qu'au diagnostic des maladies qui affectent ces organes; car M. Piorry, lui aussi, ne sépare pas l'exploration des organes du diagnostic de leurs maladies. Le deuxième volume contient tout ce qui est relatif aux organes de la digestion, aux glandes et ganglions abdominaux, aux organes génitaux et au péritoine. Dans le troisième volume, enfin, l'auteur étudie tour à tour la peau, les organes destinés aux sensations spéciales, le cerveau et la moelle épinière, les nerfs, les muscles et leurs annexes, les os et leurs articulations. Ainsi, toutes les maladies sont passées en revue, tous les signes qui peuvent aider à les faire connaître sont pesés à leur juste valeur; tous les moyens d'interroger les organes et de mettre à même l'observateur d'apprécier avec exactitude leurs souffrances,

sont exposés avec vérité, sans qu'au milieu de questions si embarrassées, on puisse accuser l'auteur d'exagérer la puissance de l'art, de la méconnaître, ou d'en restreindre les limites. Souvent, une série d'expériences, des discussions étendues, viennent jeter du jour sur des points obscurs de la séméiologie, comme, par exemple, lorsque M. Piorry traite des bruits du cœur, de l'exploration de l'aorte, de la valeur du pouls, de l'état de la langue, des qualités du sang, etc.

Dans un avant-propos assez étendu, l'auteur propose une nomenclature que quelques-uns, et principalement ceux qui ont abandonné les écoles, à plus forte raison ceux qui règnent dans ces mêmes écoles, pourront regarder comme inutile, comme propre seulement à augmenter la confusion existant déjà dans le langage médical, mais qui en l'approfondissant mieux, ne nous a paru contenir d'autre innovation que l'assemblage de mots, de particules acceptés depuis long-temps ou empruntés à des auteurs anciens tels que Sauvages, etc., ou à certains écrits modernes. Préférant laisser le lecteur juge de la question que soulève M. Piorry par sa nomenclature, nous nous contenterons d'en donner une exposition, au lieu de la soumettre à la critique, qui, comme chacun le sait, dans ces sortes de matières, est toujours assez facile, soit que l'on se propose le blâme, soit que l'on s'impose l'éloge. Voici les bases adoptées par l'auteur : le nom grec de l'organe forme la racine de chaque mot, tandis que les désinences finales *pathie* (souffrance), *hémie* (sang), *ite* (inflammation), *rhagie* (écoulement sanguin), *rhée* (écoulement blanc), *trophie* (volume), *ectasie* (développement, distension), *arctie* (resserrement, oblitération), *nervie* (action nerveuse), *algie* (douleur), etc., donnent à ces mots une signification en rapport avec la maladie principale dont les organes sont

atteints. Des particules telles que *hyper* (degré élevé), *a* (manque, absence), *dys* (action difficile), *hydro* (eau, sérosité), *hémo* (sang), *aëro* (air), etc., précèdent les mots et indiquent soit le degré, soit la forme, soit le caractère de la maladie. Viennent enfin des épithètes ajoutées au mot principal, comme toxique, épidémique, endémique, intermittente, etc., qui spécialisent davantage la nature de l'affection : par exemple, entérite typhoémique, dermite spécifique, hépatopathie tuberculeuse, urétrite contagieuse, etc. Tel est l'artifice de cette nomenclature, qui conserve une infinité de mots déjà admis, mais qui en crée aussi un trop grand nombre, à une époque surtout où les écrivains peuvent être accusés d'avoir surchargé la science de néologisme. Comme on le voit, dans la formation de sa nomenclature, la pensée de l'auteur a été de décomposer les maladies en autant d'éléments que nos sens peuvent en saisir, chacun de ces éléments devenant la source d'indications thérapeutiques spéciales. C'est ainsi que l'ensemble des éléments constitue la maladie, et l'ensemble des indications sa thérapeutique.

A l'aide d'un tableau que M. Piorry a joint à son avant-propos, le lecteur peut se mettre en quelques instants au courant de tous les termes dont il est fait usage dans le Traité du diagnostic, et composer lui-même les différents noms que peuvent comporter les différents états organo-pathologiques que présente une maladie.

Quelque facile que soit à retenir cette nomenclature, nous croyons qu'elle aura de la peine à s'établir ; elle aura d'abord à vaincre la paresse du plus grand nombre; et si elle est adoptée par quelques-uns, elle aura le grand tort aux yeux de plusieurs autres de rappeler le nom de son auteur ; et comme c'est dans l'école de Paris et sur les bancs de cette

même école, qu'elle pourrait avoir le plus de chances de succès, nous n'osons lui prédire des triomphes. La nomenclature de Chaussier, imposée pour ainsi dire aux étudiants par la nécessité de passer sous les Fourches Caudines du professeur d'anatomie de la Faculté, tomba en désuétude quand celui qui l'avait créée ne fut plus là pour la rendre indispensable, et cependant cette nomenclature, comme celle de Bichat, également abandonnée, avait le mérite de mieux fixer dans la mémoire des rapports qu'il était utile de connaître. Quoi qu'il en soit, nous recommandons à M. Piorry certains mots un peu longs et sonnant péniblement à l'oreille, tels que *aëro-dermoectasie*, *hydro-aëropleurie*, *vrocystiectasie*, *hémo-péritonirrhagie*, etc., etc. Mais c'est là un des vices inhérents à toute nomenclature; on s'est fait esclave de certains mots, on est dans la nécessité de les réunir, et quelque barbare que soit cet assemblage, il faut ou rompre avec sa création, ou déchirer le tympan des auditeurs. Et ces derniers sont sacrifiés. Il en est de même des classifications; il faut tracer des tableaux complets, ou du moins donner une place dans le cadre nosologique, à des affections qui, bien qu'existant réellement dans certaine série, manquent complètement dans d'autres; et l'on n'y parvient qu'en surchargeant l'esprit du lecteur de mots dont il n'observera jamais la maladie correspondante, en lui décrivant des maladies dont il ne trouvera nulle part les originaux. C'est ainsi que M. Piorry s'est mis dans l'obligation de traiter de l'*amyelotrophie* (diminution de volume de la moelle rachidienne), non, parce qu'il est possible d'en établir le diagnostic, mais parce que l'on peut s'élever à celui de l'atrophie de certains organes, du poumon, du cœur, par exemple; de même il croit devoir parler de la *anévrohémie* (défaut de sang dans les nerfs), par le seul

motif qu'il existe une maladie réelle, connue sous le nom d'anémie; tout comme il donne une place à la *myosihémie* (congestion sanguine des muscles), vu que les congestions du cerveau, des poumons, des téguments, sont journellement observées. Mais laissons ces petites critiques de détail, qui ne préjugent en rien la valeur du livre de M. Piorry, et continuons à le faire connaître.

L'auteur traite d'abord de l'exploration des organes de la circulation; il étudie successivement les divers organes qui concourent à cette fonction, soumettant chacun d'eux aux différents procédés d'investigation qui peuvent fournir des données sur leur état pathologique; c'est ainsi qu'il applique d'abord l'inspection, la palpation, la pression, la mensuration, la percussion, l'auscultation, à l'organe qu'il interroge; de là il passe à l'examen des qualités physiques et chimiques des liquides entrant dans la composition de cet organe, ou en provenant; enfin, il termine par l'appréciation des différents signes physiologiques des maladies. Il trace ensuite le tableau successif de toutes les maladies propres aux organes qu'il vient d'explorer, et assigne à chacune d'elles son diagnostic. Mais nous le dirons à M. Piorry, nous préférons de beaucoup la partie relative à l'exploration, à celle qui traite proprement dit du diagnostic : la première nous a paru plus développée, beaucoup plus pratique; nous y avons vu davantage le médecin vis-à-vis de la nature, l'investigateur aux prises avec les difficultés de l'art; nous avons pu davantage apprécier la sagacité de l'observateur et le triomphe de l'observation. Mais la faute n'en est point à l'auteur, elle tient à la nature du sujet. Un tableau diagnostique est beaucoup plus aride qu'une discussion, que des études qui ont pour but de conduire à ce même diagnostic. Une partie que

nous eussions voulu voir traitée avec plus de développement dans tout le cours de l'ouvrage, parce qu'elle est d'une ressource infinie pour déterminer la nature de la maladie, c'est le commémoratif, ce sont les détails relatifs à l'étiologie, si précieux pour la thérapeutique. Après les organes de la circulation viennent ceux de la respiration, qui terminent le premier volume; et successivement les organes de la digestion, etc., comme nous l'avons dit plus haut.

Actuellement, si nous entrons dans quelques détails, nous mentionnerons plusieurs distinctions établies par M. Piorry sur l'état inflammatoire des poumons, des recherches fort étendues sur l'hypertrophie de la rate et sur l'influence que cette même hypertrophie exerce sur le développement des fièvres d'accès; des idées particulières à l'auteur sur l'étiologie de ces mêmes fièvres, qu'il considère comme résultant de plusieurs phénomènes organiques qui s'enchaînent entre eux, à savoir l'empoisonnement du sang par les miasmes marécageux, une action élective du sang sur la rate, enfin une névralgie dont cet organe et ses plexus sont le point de départ. Mais ici, on le voit, nous marchons dans le champ des hypothèses, et nous serions jeté trop loin si nous voulions y suivre M. Piorry; nous préférons recommander au lecteur ce qu'il a écrit sur l'exploration des nerfs, article plein de faits et d'aperçus ingénieux. Beaucoup de noms d'auteurs sont cités par M. Piorry, et si lui-même n'en avait pas fait la remarque, nous eussions passé sous silence un reproche que nous allons lui adresser parce qu'il est excessivement commun chez les écrivains du jour, c'est que de tous ces noms, auxquels sont accolées des épithètes toujours flatteuses, voire même lorsqu'elles portent sur des hommes qui traitent assez durement M. Piorry, bien peu remontent au-

delà de ses contemporains les plus rapprochés, et je ne sais pas même s'il en est qui soient en dehors du cercle de ceux qui entourent les marches de la Faculté. Quoi qu'il en soit, le livre de M. Piorry est un ouvrage tout-à-fait pratique, un livre qui fera aimer l'observation de la nature et qui la rend indispensable ; car c'est au lit du malade seulement qu'il est possible de s'habituer à distinguer cette infinie variété d'individualités morbides, individualités qui constituent toute la thérapeutique, toute la médecine. Un jour viendra où l'art d'observer arrivera à un degré de précision tel, que le médecin pouvant agir sur des maladies à peu de chose près identiques, et appliquer ses moyens de traitement à des cas presqu'absolument semblables, obtiendra des succès qu'il eût été impossible de prévoir : ce fut de la sorte que se distinguèrent de tout temps les praticiens supérieurs ; ils comparèrent avec plus de justesse les faits qu'ils eurent occasion d'observer. Mais revenons à M. Piorry; conseillons-lui, dans une prochaine édition, de compléter quelques parties dont il a cru devoir s'abstenir, par le motif que ces détails se trouvent dans les traités de chirurgie : nous voulons parler des affections de l'œil et du canal de l'urètre. Nous lui ferons observer que ces maladies s'offrent continuellement au médecin, et doivent trouver place dans un livre qui a trait à l'investigation, d'autant plus que, de tous les ouvrages de chirurgie, le *Manuel de clinique chirurgicale* de M. Tavernier est le seul où il soit fait mention d'une manière spéciale de l'art d'observer appliqué à la chirurgie.

Dans cette analyse nous n'avons pu descendre dans les détails cliniques qui font l'objet principal du *Traité de diagnostic*. Nous avons dû nous renfermer dans des généralités, et nous attacher de préférence à l'esprit qui a dirigé l'auteur

dans ses nombreuses recherches. Nous aurions pu quelquefois combattre quelques-unes de ses opinions par d'autres qui nous auraient semblé plus exactes, et cela à l'occasion du diagnostic de quelques affections du cerveau, de la distinction de certaines maladies des nerfs, de divers phénomènes relatifs à l'auscultation, aux perforations spontanées des intestins, à la variole, etc. Mais nous préférons renvoyer le lecteur curieux de ce genre de discussion, à l'ouvrage de M. Piorry et aux travaux particuliers insérés en grande partie dans la *Revue médicale*, dans lesquels nous avons traité de ces divers sujets. Quoi qu'il en soit, nous ne terminerons pas sans engager l'auteur à persévérer dans la ligne qu'il s'est imposée; il a fait un livre utile et qui répandra parmi les jeunes gens le goût des études cliniques, les seules qui puissent faire des médecins.

MARTINET.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS.

Curabilité de la phthisie pulmonaire.— Épidémie de Versailles.— Huile de croton-tiglium dans l'entéralgie saturnine.— Rhubarbe. — Saccharum albumineux. — Eaux minérales de Capbern. — Épidémie de fièvres à Marmande.— Torticolis ancien.

Archives générales de médecine (Juin et Juillet 1839).

Essai sur la curabilité de la phthisie pulmonaire, ou Recherches anatomiques-pathologiques sur la transformation des

tubercules et la cicatrisation des excavations tuberculeuses des poumons; par C. Rogée, interne des hôpitaux. — M. Prus, en présentant à la Société de médecine dix pièces d'anatomie pathologique qui offraient, selon lui, des exemples remarquables de guérison de tubercules pulmonaires, annonçait qu'il avait chargé son interne, M. Rogée, de recueillir tous les cas de ce genre qui pourraient être observés dans son service durant le cours de l'année 1838. (Voir le numéro de février 1839 de la *Revue médicale*.) De là l'origine du travail dont nous venons de donner le titre. Dès le début, l'auteur a soin de faire remarquer qu'il emploie le mot *phthisie* dans le sens que lui a donné Bayle, c'est-à-dire qu'il l'applique même à la période où les tubercules ne se décèlent encore par aucun symptôme. Aussi, résulte-t-il de ses recherches cadavériques faites sur des vieillards de plus de soixante ans, que *moitié* des sujets ont été réellement guéris de tubercules pulmonaires. A ce résultat, qui ne laisse pas que de paraître surprenant, nous devons opposer les remarques faites par M. Cayol à l'occasion des premières communications de M. Prus à la Société de médecine de Paris. (Voir les numéros de décembre 1837 et février 1838 de la *Revue médicale*.) Suivant MM. Prus et Rogée, les concrétions crétacées, avec ou sans coque mélanique, qu'on rencontre si souvent chez les vieillards, soit au sommet du poumon, au milieu même de son tissu, soit entre les premières ramifications bronchiques, sont des traces de phthisie tuberculeuse guérie. D'après M. Cayol, ces concrétions ont été observées dans les poumons de vieillards qui n'avaient éprouvé dans le cours de leur vie, ni hémoptysie, ci crachats purulents, ni dyspnée, ni fièvre hectique, ni enfin aucun des symptômes si connus de la tuberculisation pulmonaire, qui n'ont toussé que dans un âge avancé, comme beaucoup d'autres vieillards, et qu'en conséquence on n'a jamais pu

considérer ni traiter comme *phthisiques*. Ainsi, d'une part il n'est pas démontré que ces concrétions crétacées puissent *toujours* être attribuées à une sorte de dépôt laissé par des tubercules anciens et devenus inoffensifs dans cette transformation : et, de l'autre, pour le médecin vitaliste, il ne suffit pas d'un fait *anatomique*, d'une lésion organique pour constituer une maladie; il faut encore que cette lésion ait provoqué quelques symptômes, quelques phénomènes de réaction vitale; en d'autres termes, il faut que le sujet qui la porte ait été réellement *malade*. M. Rogée, qui ne voit les choses que du point de vue anatomo-pathologiste, fait tous ses efforts pour démontrer l'étiologie tuberculeuse des concrétions crétacées, et nous ne voulons pas nier que cette opinion n'acquière une grande probabilité à l'aide des faits, des explications et des raisonnements sur lesquels il l'appuie: seulement, reste toute entière la difficulté de savoir si pendant la vie les sujets ont bien réellement présenté les symptômes de la *phthisie pulmonaire*. La curabilité de cette maladie n'est d'ailleurs pas en question aujourd'hui; si l'on ne croit plus au grand nombre de guérisons que prétendaient obtenir les médecins d'un autre siècle, les travaux de l'école moderne ont mis hors de doute la possibilité de la cicatrisation des cavernes pulmonaires après la fonte et l'évacuation de la matière tuberculeuse. M. Cayol lui-même, dans ses leçons cliniques de 1824, avait pu réunir cinq exemples de guérison plus ou moins complète dans le cours d'une seule année. (Voir *Clinique médicale*, p. 103.) Quoi qu'il en soit, M. Rogée, nous le répétons, se contente des lésions cadavériques plus ou moins légitimement interprétées, pour établir la fréquence des cas de guérison.

D'après ses recherches faites à l'hospice de la Salpétrière, il admet et décrit successivement quatre formes de cicatrices pulmonaires, ou, si l'on veut, de vestige de phthisie

guérie, car c'est pour lui la même chose. Ces quatre espèces sont : 1° les cicatrices avec persistance de la cavité (ce sont les plus rares et celles sur l'étiologie desquelles on est à peu près d'accord) ; 2° les cicatrices avec amas de matière crétacée ou calcaire qui remplit la cavité ; 3° les cicatrices fibro-cartilagineuses ; 4° les cicatrices celluleuses. Ces trois dernières formes, de beaucoup les plus communes (surtout la seconde), sont plus sujettes à contestation, et peut-être restera-t-il des doutes légitimes à plus d'un lecteur, malgré les louables efforts de l'auteur pour rattacher ces vestiges cadavériques à l'histoire de la *phthisie pulmonaire*. Nous attendrons, d'ailleurs, que le travail de M. Rogée soit entièrement publié pour en faire connaître les conclusions définitives. G.

Gazette médicale (Juillet 1839).

Note sur l'épidémie de Versailles; par M. FAURE-VILLARS, D.-M., médecin en chef de l'hôpital militaire de cette ville. — Cette épidémie a sévi du 6 février au 20 juin, sur le 18e léger et le 14e de ligne. Les deux tiers des malades étaient des recrues qui venaient de faire une route longue et fatigante, sous des conditions atmosphériques très-rigoureuses, et qui se plaignaient d'avoir été surmenés. L'épidémie eut deux recrudescences, l'une en avril, l'autre en mai. Elles ont paru à M. Faure provenir des variations atmosphériques et de la fatigue des exercices militaires. Sur 153 malades il y eut 63 décès.

La première période de la maladie a présenté la prédominance de la réaction inflammatoire; la seconde, au contraire, a été remarquable par l'insuffisance ou l'absence de la réaction. Des phénomènes de rémittence ont succédé à

la forme continue, et en ce moment les fébrifuges ont été employés quelquefois avec succès.

La marche de la maladie a été si rapide, que sur les 63 décès, 46 ont eu lieu dans les huit premiers jours. Au-delà de ce terme survenait une convalescence immédiate ou un état chronique qui se prolongeait jusqu'au cinquantième ou soixantième jour, et se terminait par la mort le plus souvent, et la guérison dans quelques cas. Pendant cette période survenaient des affections nouvelles qui hâtaient la disparition de l'affection primitive.

Dans cette épidémie, les phénomènes les plus remarquables se passaient dans les centres nerveux. Il y avait dans certaines régions diminution ou abolition de la sensibilité; des sensations de chaleur brûlante ou de froid glacial couraient sous la peau : il y avait des alternatives de coma et de délire; les malades faisaient entendre par moments des cris aigus arrachés par des douleurs dont le siége était dans la région fronto-temporale, et qui se propageaient à la nuque, aux lombes et même aux membres inférieurs; toutes les articulations étaient fléchies, la tête était renversée en arrière, la stupeur était empreinte sur la figure, la vue et l'ouïe étaient troublées; néanmoins les réponses des malades étaient justes mais brèves lorsqu'on parvenait à les tirer de leur assoupissement. Les irrégularités de la circulation se manifestaient par la coloration inégale des joues et leur paleur alternative, la différence dans le pouls des deux radiales, les mouvements tumultueux et comme vermiculaires du cœur, les hémorrhagies nasales, sous-épidermiques et sous-séreuses. Le pouls battait de 35 à 140 pulsations, suivant les périodes de la maladie; il était plein, dur et fréquent, puis régulier à peu près, et enfin d'une lenteur extrême, lorsque les produits purulents comprimaient l'encéphale. La peau a été trente-sept fois le siége d'éruptions

pétéchiales lenticulaires ou de taches pourprées d'une à quatre lignes de diamètre. Elle a offert quelquefois des taches semblables à des ombres mal circonscrites, ou à de l'encre répandue sous l'épiderme. Sur les 37 malades 29 sont morts. Dans 51 cas il y a eu complication vermineuse. Sur 52 autopsies, 43 ont fourni des quantités par fois très-considérables d'ascarides lombricoïdes; plusieurs malades en ont rejeté par le vomissement et par les selles. Quelques malades ont offert des symptômes typhoïdes vers la fin de l'épidémie. La constipation a été constante. Quelques malades réclamaient des aliments avec instance, mais le plus grand nombre se montrait parfaitement indifférent sur ce point et sur les autres. Leur embonpoint se conservait fort long-temps, et le mouvement de décomposition semblait avoir subi une sorte d'arrêt. Les fonctions du rectum et de la vessie sont restées presque toujours soumises à l'empire de la volonté.

L'*autopsie* a constamment fait trouver une inflammation occupant presque toujours la totalité de la méninge cérébro-spinale.

Le *traitement* a consisté en saignées larges, en applications permanentes de sangsues et de froid sur la tête; ventouses scarifiées sur le rachis, vésicatoires sur le vertex. Le sulfate de quinine, dans la période aiguë, a été nuisible. Par la méthode endermique il a réussi plusieurs fois à arrêter le retour périodique des douleurs de tête chez quelques malades arrivés à une convalescence incertaine.

A. F.

Bulletin de thérapeutique (15 et 30 Juin 1839).

Huile de croton-tiglium dans l'entéralgie saturnine. — M. le docteur Bally assure que des essais comparatifs réitérés

dans son service de l'hôpital de la Charité l'ont convaincu qu'on obtenait une guérison plus prompte et non moins sûre de la colique de plomb, avec l'huile de croton-tiglium qu'avec les formules si compliquées du traitement dit des Frères de la Charité. Si l'expérience confirmait un jour suffisamment les succès de l'huile drastique, nous applaudirions à une découverte qui aurait tant simplifié le traitement de l'entéralgie saturnine. Voici de quelle manière M. Bally administre l'huile de croton-tiglium : une goutte dans une cuillerée d'eau fraîche; on réitère ces prises à six ou huit heures d'intervalle, en aidant la purgation avec de l'eau de veau ou du bouillon aux herbes. La durée des coliques de plomb ainsi traitées, est souvent d'une journée, terme moyen de 72 ou 80 heures. L.

Journal de Pharmacie (Avril, Mai, Juin, Juillet et Août 1839).

I.— *Sur la rhubarbe;* par M. le professeur Duck. — Les expériences de M. Duck répandent un nouveau jour sur la matière active purgative de la rhubarbe; il lui a donné, comme M. Vaudin, le nom de *rhéine*. Cependant, on ne peut admettre que cette substance seule puisse remplacer la rhubarbe en totalité, cette racine contenant encore d'autres matières qui sont d'un grand intérêt pour ses propriétés médicales.

Nous ne rapporterons pas les divers procédés employés par M. Duck pour isoler cette substance, dont voici les principaux caractères physiques et chimiques. La *rhéine*, d'une couleur jaune rougeâtre, attire fortement l'humidité de l'air, ce qui la rend très-difficile à obtenir cristallisée; sa



saveur et son odeur sont tout-à-fait analogues à celles de la racine elle-même; elle est soluble dans l'eau, l'alcool et l'éther; mais surtout dans l'alcool aqueux; les solutions sont jaunes ou jaune-rougeâtres. La rhéine rougit le tournesol; chauffée, elle fond et répand des vapeurs jaunes d'une odeur de rhubarbe; elle brûle avec flamme et laisse du charbon, etc.

M. le professeur Duck pense que l'*acide rhubarbarique* de MM. Brandes et Geiger se forme aux dépens de la rhéine, par la seule action de l'air atmosphérique, qui en produit l'oxidation : c'est donc à tort que ces deux derniers chimistes ont considéré l'*acide rhubarbarique*, comme le principe immédiat de la rhubarbe.

II. — *Saccharum albumineux du docteur Mondière, de Loudun, contre la dysenterie.*

℞ Eau simple.	1 livre.
Blancs d'œufs bien frais. .	N° 6.

Battez avec soin et passez. Ajoutez :

Sirop de sucre.	3 onces.
Eau de fleur d'oranger. . .	s. q.

On fait prendre aux malades, en vingt-quatre heures, trois à quatre bouteilles de cette préparation par tasses rapprochées, qu'il y ait ou non soif. Diète absolue pour régime pendant un ou plusieurs jours. On fait administrer en même temps, trois fois par jour, un demi-lavement composé d'eau simple, dans lequel on bat trois blancs d'œufs. De sorte que 27 à 30 blancs d'œufs sont ingérés dans les vingt-quatre heures; ce qui représente environ deux livres d'albumine. M. le docteur Mondière assure que les dysenteries les plus graves cèdent à ce traitement par l'albumine, qu'il regarde

comme aussi efficace que l'est le sulfate de quinine dans les fièvres intermittentes.

Nous ne voudrions pas très-certainement nous porter garants des succès merveilleux de la méthode préconisée par M. Mondière. De si belles promesses doivent dans tous les cas engager les praticiens à la soumettre à leurs expériences.

III.— *Eau minérale de Capbern ;* par M. La Tour de Trie, pharmacien à Tarbes. — Situé dans le voisinage des Pyrénées, le village de Capbern est remarquable par la beauté des sites qui l'environnent. L'établissement des bains ne date guère que du commencement de ce siècle. L'eau minérale de Capbern est très-limpide, inodore, un peu salée; elle dépose à la longue des flocons d'une matière organique altérée; sa température est de 19° et demi de Réaumur, celle de l'atmosphère marquant 14.

Le produit de la source est extrêmement abondant; on l'estime à 166 mètres cubes par heure; il pourrait alimenter au moins 200 baignoires. D'après l'analyse qu'il en a faite, M. La Tour croit pouvoir conclure avec confiance que chaque litre d'eau minérale et médicinale de Capbern contient :

		Centim. cubes.
En substances gazeuses. .	Acide carbonique.	49
	Oxygène.	18
	Azote.	28
	Total.	95

		Gramm.
En substances fixes.. . .	Matière organique.	0,076
	Hydro-chlorate de magnésie. . . .	0,032
	— de soude.	0,044
	— de chaux.	0,016
	Sulfate de magnésie..	0,464
	Sulfate de soude..	0,072
	Sous-carbonate de magnésie. . . .	0,012
	— de chaux.	0,220
	Sulfate de chaux.	1,096
	Carbonate de fer.	0,024
	Silice.	0,028
	Total. . . .	2,024

D'où il suit que c'est une eau saline proprement dite, et que la proportion de carbonate de fer est trop faible pour lui donner le caractère ferrugineux. R.

Journal de médecine pratique de Bordeaux. (Juin 1839.)

Notice sur les fièvres intermittentes, simples et pernicieuses, qui ont régné épidémiquement dans l'arrondissement de Marmande (Lot-et-Garonne) pendant l'année 1838; par M. Dubourg, D. M. P.— Après quelques considérations générales sur la position topographique de Marmande et des pays environnants, M. Dubourg se demande quelle a pu être la cause qui a donné lieu à l'épidémie dont il va tracer le tableau. Quoiqu'il soit difficile, d'après lui, de s'en rendre compte, il pense que l'usage des fruits dont la maturation avait été très-rapide par suite d'un changement brus-

que de température, tel qu'une chaleur forte et constante ayant succédé à des pluies continuelles, a pu être pour quelque chos dans le développement des fièvres qui ont sévi sur la plus grande partie de la population. En second lieu, la rapidité avec laquelle l'évaporation des eaux stagnantes a eu lieu doit être prise aussi en considération. Toutefois, des fièvres intermittentes se sont déclarées avec beaucoup d'intensité dans des localités où ces conditions ne se trouvaient pas réunies.

La fréquence de ces fièvres a été si grande qu'elle a atteint la plupart des habitants de la localité. Elles ont affecté deux formes différentes. Tantôt elles se sont montrées avec les caractères des fièvres intermittentes ordinaires, tantôt elles ont été accompagnées du cortège des symptômes graves ou insidieux qui caractérisent les fièvres pernicieuses ou les fièvres larvées.

L'altération profonde de l'innervation, le délire fugace et la crainte de la mort accompagnaient presque toujours la deuxième espèce. Dans quelques cas les malades présentaient dès le début tous les symptômes apparents d'une pleurésie ou d'une bronchite, ceux d'une gastro-entérite ou d'une encéphalite commençante.

La mortalité n'a pas été très-grande. M. Dubourg croit pouvoir en établir la proportion d'une manière à peu près certaine en l'évaluant à 1 sur 20. Le traitement a consisté dans l'emploi des agents généraux tels que la saignée, les révulsifs, pour combattre les symptômes précurseurs ou concomitants de la fièvre intermittente ; et d'agents spécifiques que constituaient les diverses préparations de quinquina. Le sulfate de quinine a toujours réussi entre les mains de M. Dubourg toutes les fois qu'il a été donné en temps opportun et à doses suffisantes. Plusieurs de ses confrères n'ont pas été aussi heureux ; ils ont plus d'une fois

été obligés de varier leur médication et d'avoir recours à la poudre, à la décoction, à l'extrait de quinquina, tantôt pur, tantôt mêlé au chlorure de chaux, au tartre stibié, au carbonate de fer et de potasse. Ils ont fait usage aussi du *bolus ad quartanam* de Desbois, de Rochefort. La plupart des malades qui sont morts ont succombé en général par suite de l'épuisement du système nerveux ou du refus du spécifique, contre l'emploi duquel existent encore force préjugés. Les récidives ont été très-fréquentes; la même médication longtemps continuée finissait par en triompher. Tels sont les principaux faits contenus dans l'intéressant mémoire de M. Dubourg.

II.— *Torticolis ancien; section du muscle sterno-mastoïdien;* par M. POUGET, D. M. M. — Le malade sur lequel M. Pouget a pratiqué la section du sterno-mastoïdien fut pris d'un torticolis, il y a quatre ans, à la suite de l'application d'un vésicatoire à la nuque. La rétraction musculaire du sterno-mastoïdien droit avait amené le développement des phénomènes morbides que voici : tête fortement inclinée à droite et fléchie sur la poitrine avec rotation à gauche, menton correspondant à la réunion du tiers interne avec les deux tiers externes de la clavicule gauche. Côté droit du crâne et principalement de la face moins développé que le gauche; traits de cette dernière obliquement dirigés de haut en bas et de dedans en dehors. Colonne vertébrale présentant trois courbures, la première et la plus élevée à droite; moignon de l'épaule droite beaucoup plus élevé que celui du côté opposé.

Le 2 mai M. Pouget procède à l'opération de la manière suivante : faisant saillir le sterno-mastoïdien, il fait, à six ou huit lignes au-dessus de l'insertion de ce muscle au sternum, un pli à la peau parallèle à sa direction; il plonge à

plat par le côté interne, à la base de ce pli, un bistouri légèrement convexe, et lorsqu'il est arrivé à son côté externe sans en intéresser la peau, il le remplace par un bistouri droit boutonné, dont la lame, retournée et appliquée contre le muscle, en fait la section. Il ne s'écoule que quelques gouttes de sang. Pas le plus léger accident. Le lendemain le malade quitte le lit, la tête maintenue vers le côté gauche par une bande, qui, après l'avoir entourée de quelques circulaires, était dirigée sous l'aisselle gauche. Le treizième jour après l'opération le malade peut faire exécuter à sa tête un mouvement de rotation assez considérable pour voir son épaule droite, ce qui lui était impossible. Les traits du côté droit de la face sont plus réguliers. Même dépression, du reste, du côté droit du crâne ; même déviation de la colonne vertébrale. L'omoplate droite est presqu'au même niveau que la gauche, mais toujours plus en arrière que cette dernière.

L'état de fortune du malade ne lui permettant pas de subir un traitement orthopédique nécessaire pour faire disparaître ces difformités, un léger appareil mécanique purement contentif a été confectionné dans le but de remplir une partie des indications.

H. S.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ANGLAIS ET AMÉRICAINS.

OEdème de la luette.— Anévrysme de l'artère pulmonaire.— Teinture de colchique en frictions.— Caverne tuberculeuse : rupture d'un gros vaisseau.— Grossesse extrà-utérine. — Rupture de l'utérus traitée par l'opium. — Tumeur érectile traitée par le séton. — Hydatides du cœur. — Séparation du col de l'utérus pendant l'accouchement.— Anévrisme de l'aorte comprimant l'artère pulmonaire. — Accouchement de jumeaux à des époques différentes de la grossesse.— Empoisonnement par la créosote.

I. — *Affection particulière de la luette;* par G. THOMPSON, chirurgien de l'infanterie de Whitehaven. — M. Thompson pense, que quand, dans un cas d'inflammation de la gorge, il survient une mort subite non précédée de symptômes graves, on doit la rapporter à une augmentation du volume de la luette.

L'affection que décrit M. Thompson consiste dans l'allongement de la membrane muqueuse qui recouvre la luette, allongement produit par l'épanchement graduel de sérosité; il peut être porté au point de mettre la vie en danger, la luette venant à s'engager dans l'ouverture de la glotte et déterminant ainsi l'asphyxie. Cet allongement de la luette peut être fort considérable : il l'a vu de plus de deux pouces. Le fluide contenu entre les deux feuillets de la muqueuse est d'une couleur citrine : il donne à la tumeur une telle transparence, qu'il est facile d'apercevoir à travers son épaisseur le manche d'une cuillère à café que l'on place

derrière elle. Le corps de la luette paraît un peu tuméfié, et participe à l'inflammation qui occupe l'arcade palatine. Il n'a point vu dans ces cas de gonflement des amygdales. Les symptômes assignés à cette maladie sont les suivants : l'affection débute comme une simple angine; puis il survient un peu de raucité de la voix et par moments de l'aphonie. Cet état ne dure pas long-temps. Bientôt on voit apparaître un symptôme plus alarmant, c'est un sentiment de suffocation, léger d'abord, mais qui augmente rapidement et ne disparaît plus, comme au commencement, lorsqu'on fait boire le malade. Un examen superficiel fait reconnaître une inflammation de la gorge sans gonflement apparent, si ce n'est à la luette. Celle-ci est légèrement gonflée, paraît n'avoir que sa longueur ordinaire, au moins si l'on s'en tient à reconnaître le point où s'arrête la rougeur. Si la mort survient assez brusquement, on est porté à l'attribuer à une laryngite ou à un œdème de la glotte. La répétition incessante de l'acte de la déglutition en portant en arrière, dans le pharynx, l'appendice anormal de la luette, prévient pendant un temps quelquefois assez long les symptômes graves; mais un effort de toux, une inspiration rapide suffit pour les faire paraître aussitôt, car il suffit d'un effort de ce genre pour introduire dans le larynx l'extrémité de la luette. Il est facile de prévoir les conséquences qui peuvent en résulter.

Voici un des deux faits rapportés par M. Thompson à l'appui de sa description :

« Le 23 novembre 1834, je fus appelé pour donner des soins à M. A., qui se plaignait depuis la nuit précédente d'un mal de gorge assez intense accompagné par moments d'un peu de suffocation qu'on faisait disparaître de suite en faisant boire le malade. La gorge était enflammée et les amygdales un peu tuméfiées; la luette était plus large et

plus longue qu'à l'ordinaire, elle était très-injectée : je crus avoir vu son extrémité. Je prescrivis un vésicatoire, un gargarisme et un purgatif, en annonçant une prompte guérison. Il y avait à peine une demi-heure que j'avais quitté le malade lorsque je fus rappelé en toute hâte : il venait d'être pris d'un accès de suffocation assez intense pour effrayer toute la maison. Je le trouvai pâle comme un mort, mais l'accès était passé. Sa femme, en le frappant dans le dos, avait déterminé un effort de toux qui l'avait soulagé immédiatement. Ayant déjà vu un cas de ce genre, je ne pus méconnaître la nature du mal, et je me reprochai de n'avoir pas examiné plus attentivement la luette. En abaissant la base de la langue je pus apercevoir la base de l'appendice ; en faisant tousser le malade elle fut relevée, et je pus l'amener en avant. Elle venait jusqu'au niveau des dents incisives, en sorte que je pus la saisir et la couper avec une lancette. Le soulagement fut immédiat ; aucun accident ne reparut. La tumeur était formée par une espèce de poche constituée par la membrane muqueuse très-mince et très-diaphane renfermant un liquide qui s'échappa dans la bouche au moment de la section.

(*Transactions of the Provincial medical association*, vol. VII, 1839.)

II.— *Observation d'anévrisme de l'artère pulmonaire ;* par R. Harlan.—En septembre 1814, le docteur Harlan assista le docteur Parrish dans l'examen du corps du capitaine Man., sujet d'une quarantaine d'années et de constitution robuste. Il n'avait jamais été retenu à la maison par la maladie, et la veille de sa mort il alla chez le docteur Parrish et se plaignit à lui d'éprouver de la dyspnée et de la douleur dans le dos. On crut à l'existence d'un rétrécissement de l'œsophage, et le professeur Wistar consulté, fut d'avis

de recourir à l'emploi de sondes œsophagiennes : le malade différa de recourir à ce moyen, et pendant la nuit il fut pris d'une augmentation dans la difficulté de respirer, et d'une exacerbation de tous les autres symptômes. Une saignée fut pratiquée et parut amener un peu de soulagement, mais bientôt après le malade mourut au milieu de convulsions.

A l'autopsie, faite dix-huit heures après la mort, on trouva un anévrisme à l'artère pulmonaire. Le sac se portait en arrière et comprimait assez fortement l'œsophage de manière à produire un rétrécissement notable de son calibre. Il y avait un épanchement de sang abondant dans les poumons, et dans la trachée existait un gros caillot de sang qui très-probablement avait déterminé la mort par asphyxie. Le sang provenait de la rupture du sac anévrismal dans un point où il adhérait au tissu pulmonaire.

(*Medical and physical researches by R. Harlan.*)

III.— *De l'emploi de la teinture de bulbes de colchique en frictions*; par Th. Layrock. — L'auteur a consacré à ce sujet deux articles. Suivant lui, ce mode d'emploi de la teinture de colchique offre de grands avantages.

Ce médicament guérit les douleurs rhumatismales et goutteuses neuf fois sur dix. Les cas où cet effet n'a pas lieu sont fort anciens et chez des sujets très-âgés. Quand il y a amélioration, elle se fait sentir de deux à trente minutes, à compter de l'application de la teinture. Quelques malades éprouvent une sensation de chaleur, de fourmillement ou de démangeaison. Quelquefois il se forme une éruption de petits boutons. Dans quelques cas il y a eu non-seulement amélioration mais guérison complète.

Douleurs syphilitiques. La proportion des cas de ce genre soulagés par les frictions avec la teinture de colchique est à peu près de trois sur cinq.

Les douleurs anormales vagues, telles que les points de côté chez les jeunes filles, sont généralement dissipées par ce moyen.

Les douleurs vraiment nerveuses, les céphalalgies sont quelquefois soulagées par les frictions de colchique; d'autres fois elles ne le sont pas. Mais quand il y a amélioration ce n'est peut-être que le résultat de l'action de l'alcool qui entre dans la composition de la teinture.

Dans trois cas on a observé, à la suite de l'application externe de la teinture de colchique, tous les effets que produisait son administration par la bouche.

(*London medical gazette*, juin 1832.)

IV.— *Observation de caverne tuberculeuse* non précédée de toux, d'expectoration, ni d'aucun autre symptôme appréciable, amenant la mort par rupture d'un gros vaisseau sanguin ; par D. MACHLACLAN. — John Laidlaw, soldat au 79e régiment, âgé de vingt-deux ans, sujet robuste et bien constitué, à poitrine largement développée, était à l'exercice le 18 janvier dernier, lorsque, sans cause connue, il fut pris de vomissement de sang. Je le vis cinq minutes après le début de la maladie. Du sang fluide et rutilant sortait à flots par la bouche et le nez. Il était penché en avant, et dans un état extrêmement pénible ; un camarade le soutenait. Le bruit de gargouillement de la trachée et la gêne excessive de la respiration montraient qu'un gros vaisseau s'était rompu dans un point des voies respiratoires. Le malade fut transporté à l'hôpital à quelques pas de là, une veine fut ouverte à chaque bras et en même temps de nombreuses ventouses sèches furent appliquées sur la poitrine. On fit aussi une saignée de la veine jugulaire externe du côté gauche. On obtint en tout 7 à 8 onces de sang ; mais il n'en résulta aucune diminution de la suffocation ni de

l'hémorrhagie. Il ne tarda pas à survenir des convulsions, et la mort eut lieu onze ou douze heures après le commencement de l'affection.

L'autopsie fut faite 24 heures après la mort. La percussion fournissait un son clair dans toute l'étendue de la poitrine. L'épigastre était fort tuméfié. En enlevant le sternum et les côtes, on vit les poumons présentant un aspect parfaitement naturel. Des adhérences très-solides unissaient les deux poumons à la plèvre costale. On examina avec beaucoup de soin les gros troncs vasculaires et leurs principales divisions, mais cet examen fut sans résultat. Ayant remarqué que la pression exercée sur le poumon gauche faisait sortir par la bouche de la sérosité sanguinolente et écumeuse, le poumon fut enlevé. On aperçut alors au sommet du poumon une espèce de cicatrice froncée au-dessous de laquelle existait une masse de petits tubercules gris, semi-transparents, formant une induration du volume d'un œuf de pigeon. Au centre se trouvaient deux cavernes remplies de sang coagulé et communiquant entre elles, l'une capable de contenir une noix de muscade, l'autre moitié moins grande. Il existait encore quelques autres excavations plus petites. Les parois de l'excavation la plus grande étaient inégales, déchirées et semblaient avoir été récemment lacérées. Elles n'étaient point revêtues d'une couche membraneuse et ne présentaient aucune trace de matière purulente. Les tuyaux bronchiques qui s'ouvraient dans la caverne, au nombre de quatre ou cinq, étaient remplis de sang coagulé : le vaisseau dont la rupture avait donné lieu aux accidents présentait un orifice largement béant dans lequel on faisait facilement pénétrer un gros stylet : il était situé à peu près au centre de l'excavation.

L'estomac contenait plus de deux pintes de sang noir demi-fluide qui occasionnait la distension remarquée à l'é-

pigastre. Tous les autres viscères paraissaient sains. Il n'existait de tubercules dans aucun autre point des poumons.

(*Edimburgh medical and surgical journal*, july 1839, p. 145.)

V. — *Grossesse extra-utérine*, par le Dr E.-W. MURPHY.— C.-M. R..., environ cinq mois avant son entrée à la maison d'accouchement, éprouva une hémorrhagie par le vagin, et comme elle supposait être enceinte et avait rendu quelques caillots, on lui persuada qu'elle avait fait une fausse couche. Mais il resta une tumeur à l'hypogastre qui ne parut avoir éprouvé aucun changement après la perte.

On ne pouvait rien apprendre de l'examen de la tumeur elle-même : elle était divisée en deux parties, l'une plus volumineuse, située dans la fosse iliaque droite; l'autre, plus petite, dans la fosse iliaque gauche. Le museau de tanche tout-à-fait comme dans l'état de non-imprégnation. Depuis trois mois, il y avait cessation des règles. Le stéthoscope appliqué sur la tumeur ne faisait entendre qu'un bruit confus. La malade entra à l'hôpital de sir P. Dun. Plus tard, elle fut renvoyée à la maison d'accouchement, à cause de l'apparition de douleurs vives ressemblant aux douleurs de l'enfantement. La tumeur avait alors beaucoup augmenté de volume. Elle offrait à peu près le même développement que l'utérus à l'époque de la parturition; sa surface était encore irrégulière. La portion la plus considérable occupait la partie droite et la partie moyenne de l'abdomen; la portion la moins grosse était située à gauche; elles étaient séparées par une ligne très-marquée dirigée obliquement en haut et à gauche. Le museau de tanche était tout-à-fait dans le même état d'intégrité que précédemment. Les symptômes qui se présentaient étaient différents de ceux qui appartiennent à un travail régulier; le

pouls à 120 était faible, la respiration laborieuse ; les douleurs que l'on avait prises pour des douleurs de l'accouchement revenaient irrégulièrement comme de fortes crampes et s'accompagnaient de violents efforts de vomissement. Les jambes étaient œdémateuses. Plusieurs moyens furent employés pour combattre l'irritabilité de l'estomac, mais sans effet. Le bain tiède parut seul amener un peu de soulagement : tant que la malade y fut, elle s'y trouva bien, et dormit un peu après en être sortie. Les efforts de vomissement ne revinrent que le lendemain. On employa de nouveau le bain, mais il n'eut plus les mêmes avantages. Bientôt le pouls devient presque insensible, la respiration difficile, l'agitation extrême, avec efforts pénibles de vomissements : il n'y avait pas d'écoulement vaginal. Malgré l'usage des stimulants, la faiblesse augmenta, et 12 heures après, la mort eut lieu.

Autopsie huit heures après la mort. — La cavité abdominale était remplie de sang liquide et de sérosité ; les intestins repoussés en haut par une tumeur qui occupait toute la partie inférieure de l'abdomen ; une masse de caillots cachait le tronc et les membres inférieurs d'un fœtus âgé de huit mois environ, qui sortait à travers une déchirure très-étendue située à la partie gauche de la tumeur. Le fœtus était dans un état de putréfaction commençante. On ne put trouver ni l'ovaire gauche, ni la trompe de Fallope de ce côté ; il n'existait qu'une petite portion de ligament rond, près de l'anneau inguinal. On cessait bientôt de pouvoir le suivre. A droite, le ligament rond était étalé obliquement en avant de la tumeur, il se perdait en montant vers l'utérus. La partie inférieure de la trompe était libre, tandis que la partie supérieure était intimement unie à la tumeur. L'utérus était difficile à trouver. Sa forme et sa position étaient complètement changées. Il était situé en

avant de la tumeur, dirigé obliquement de droite à gauche; il était allongé et fort étroit. Sa face postérieure et gauche adhérait intimement au kyste. Une incision longitudinale fit reconnaître sa cavité naturelle. La surface en était lisse, d'un rouge assez vif, mais ne contenait pas de traces de membrane caduque. La trompe de Fallope droite s'ouvrait seule dans la cavité utérine; l'orifice était entouré de granulations blanches semblables à de la graisse. Immédiatement au-dessous du fond de la matrice, on fit une section qui mit à nu la cavité du kyste. Il contenait la tête et la partie supérieure du fœtus, ainsi qu'une masse globuleuse, à la surface de laquelle se divisaient les vaisseaux du cordon; à la section, cette masse avait l'aspect du tissu de la rate; quelques points présentaient évidemment des caillots.

(*Dublin journal of medical sciences,* vol. xv, july 1839, p. 487.)

VI. — *Observation de rupture de l'utérus traitée par l'opium,* par le docteur E.-W. Murphy. — Madame C...... était en travail de son septième enfant. Les cinq premiers accouchements avaient été faciles; le sixième avait été lent. Les douleurs avaient cessé depuis quelque temps: la sage-femme s'aperçut que la malade changeait et paraissait très-souffrante. Alarmée, elle m'envoya chercher.

La femme était couchée sur le côté gauche, tout-à-fait tranquille, la figure pâle et effilée, le pouls plein et même presque fort, très-peu accéléré. Il n'y avait pas d'hémorrhagie par le vagin. Le toucher fit reconnaître que la tête était engagée dans la cavité du bassin. Les parois abdominales étaient si minces qu'on sentait facilement à la partie droite de l'hypogastre l'utérus partiellement contracté; du côté opposé, on reconnaissait distinctement les mem-

bres de l'enfant. Le cas était évident, le forceps fut appliqué et amena sans peine un enfant mort. J'introduisis ensuite la main pour retirer le placenta qui était encore dans la matrice. Dans cette manœuvre, je découvris une large déchirure au côté gauche de l'utérus, et en faisant l'extraction du placenta, je ne pus empêcher l'intestin de faire hernie dans le vagin ; une portion resta engagée dans l'ouverture. Il n'y eut que peu d'hémorrhagie. Un bandage fut appliqué, et je prescrivis trois grains d'opium, à donner en trois heures, un grain toutes les heures. Mais cette prescription fut négligée, et ce ne fut que le lendemain matin qu'on commença à donner une pilule; cependant la nuit fut parfaitement calme, bien qu'il n'y eût pas de sommeil. Je fis la prescription suivante : eau, 6 onces; liqueur sédative opiacée, 40 gouttes; teinture de jusquiame, un gros; sirop 3 gros; pour une potion à prendre par cuillerée à bouche toutes les heures.

Il y eut pendant la journée assoupissement par intervalles. Le soir, pouls à 96. Abdomen indolore à la pression, mais tympanisé.

5 octobre. Pouls à 98, plein; langue nette; sensibilité du ventre à la pression; un peu de sommeil pendant la nuit; urines troubles et abondantes. 24 sangsues sur le ventre, puis fomentations émollientes; soulagement immédiat. La sensibilité disparaît. La malade se trouve très-bien. On continue la potion.

6 octobre. Amélioration marquée : abdomen moins distendu par des gaz; insensibilité à la pression dans toute l'étendue du ventre, à l'exception de la fosse iliaque droite qui reste un peu douloureuse; des fomentations suffisent pour faire disparaître ce symptôme. Émission des urines facile; pas d'évacuation alvine. Continuer la potion.

7. La nuit a été très-agitée. Efforts pénibles de vomisse-

ments amenant l'expulsion de matières bilieuses verdâtres; douleurs vives dans tout le ventre. 24 sangsues, fomentations et potion effervescente avec le sel de La Rochelle toutes les heures. Il en résulte une selle, après laquelle le ventre devient indolore à la pression, excepté à l'hypogastre. 12 sangsues, fomentations, potion anodyne avec 15 gouttes de solution de Hattley. Répéter le lendemain matin la potion effervescente.

8. Nuit agitée. Mouvements spasmodiques du diaphragme ; dyspnée; pouls à 120, très-faible. Je prescrivis du vin en petite quantité, mais comme il fut rejeté, je lui substituai du bouillon de poulet froid qu'elle put garder. Potion anodyne.

9. Il n'y a plus de douleurs, peu de sommeil, pouls à 120, faible. Du vin est donné avec beaucoup de précaution; il es tgardé. Potion sédative, bouillon de poulet froid.

A compter de ce jour il y eut un amendement progressif jusqu'au 13. Le ventre était encore tuméfié mais indolore, pouls large à 86, selles facilement provoquées par la potion saline. Parfois quelques douleurs abdominales disparaissant toujours à la suite d'un lavement émollient.

14. Sommeil tranquille pendant la nuit, pouls à 90, mou; abdomen tendu mais indolore à la pression; un peu de constipation qu'on combat avec deux gros d'huile de ricin dans quatre onces d'eau de menthe : à répéter au bout de quatre heures si cela est nécessaire.

Même jour, dix heures du soir. Je fus surpris de trouver qu'un grand changement s'était opéré dans les symptômes depuis le matin; la malade était baignée d'une sueur froide et visqueuse, le pouls était à peine sensible; diarrhée; froid du corps et des extrémités. Je cherchai la cause d'un si funeste changement, j'appris que les amis de la malade, pour célébrer sa guérison prochaine, avaient eu un grand dîner

et toutes ses suites dans sa chambre même. Elle s'était beaucoup plaint du bruit et de la chaleur. Elle s'affaiblit rapidement, et expira le lendemain matin, douze jours après l'accouchement.

Ce cas, dit le docteur Murphy, me paraît intéressant, 1° en ce qu'il vient encore confirmer une opinion que depuis long-temps je regarde comme méritant une sérieuse attention, à savoir que la rupture de l'utérus est beaucoup plutôt le résultat d'une lésion utérine produite dans un accouchement précédent, que de la longueur du travail; 2° comme exemple du peu de trouble constitutionnel que détermine une lésion manifestement fort étendue; 3° comme essai d'un nouveau mode de traitement.

Malgré la triste terminaison qu'a eue ce cas, l'auteur pense qu'il est en faveur de la méthode thérapeutique mise en usage, puisque jusqu'au douzième jour il y a eu amendement progressif des symptômes, et que c'est sous l'influence d'une cause capable d'expliquer ce fatal résultat qu'on a vu apparaître les accidents qui se sont rapidement terminés par la mort.

(*Dublin journal of medical science*, vol. xv, july 1839, p. 489.)

VII. — *Tumeur érectile, inutilement traitée par la potasse caustique et les aiguilles rougies à blanc, guérie par le séton*; par le docteur J. WATSON, de New-York. — Au mois de mars 1837, je vis, avec le docteur Steevens, une petite fille de dix mois que l'on traitait depuis plusieurs mois pour une tumeur pulsatile de la joue droite. Cette tumeur, qui faisait chaque jour des progrès, s'étendait, lorsque le docteur Steevens la vit pour la première fois, de l'angle interne de l'œil jusqu'au milieu de la joue, présentant une élévation circulaire d'un pouce un quart de diamètre, et de trois quarts de pouce de saillie au-dessus du niveau de la peau.

La maladie avait commencé par un petit point rouge au-dessous de l'œil : on ne l'avait aperçu que plusieurs jours après la naissance. A l'âge de trois mois, la tumeur était large comme l'ongle du pouce de la mère, était un peu élevée, et était le siége de batte ments. Les parents commencèrent à s'alarmer, et consultèrent le docteur Mott, qui appliqua sur la tumeur de la potasse caustique. Il en résulta une eschare qui, en tombant, laissa une ulcération dont la cicatrisation n'eut lieu qu'au bout de huit semaines, pendant lesquelles il y eut plusieurs fois de petites hémorrhagies. La cicat rice opérée, la tumeur n'avait pas changé de caractère. Elle continua à grossir, et en novembre 1836 elle avait à peu près un pouce de diamètre à sa base. Les parents s'adressèrent alors au docteur Bushe, qui traversa la tumeur avec trois aiguilles à cautère rougies à blanc. Cette opération causa dans le moment un peu d'hémorrhagie, et fut suivie d'une inflammation très-forte, mais insuffisante pour changer le caractère de la tumeur ou pour arrêter ses progrès. L'opération fut répétée en février 1837. Il n'y eut pas cette fois d'hémorrhagie, mais l'inflammation qui suivit fut légère, et cette seconde cautérisation resta aussi infructueuse que la première.

D'après les insuccès précédents, et pour ne pas courir les dangers que ne pourrait manquer d'amener toute tentative d'extirpation, le docteur Steevens se détermina à mettre en usage le séton : ce moyen offrait l'avantage de produire une inflammation suffisante pour changer le caractère de la tumeur, et faisait éviter une cicatrice difforme. Une aiguille à pointe mousse, armée de plusieurs fils de soie, fut passée de dedans en dehors au-dessous de la tumeur. Il n'y eut pas d'hémorrhagie, les fils étant assez volumineux pour remplir la plaie faite par l'aiguille.

Le cinquième jour de l'opération, la suppuration fut éta-

blie dans toute la longueur du séton : l'inflammation s'étendit successivement à toute l'étendue de la tumeur et continua à augmenter jusqu'au 15 avril (vingt-troisième jour de l'opération). A cette époque, les caractères de la tumeur avaient changé complètement. Il était évident que du pus se formait dans son intérieur. Le lendemain, la présence du pus était plus manifeste encore. La couleur rouge claire des téguments était remplacée par une teinte pâle jaunâtre, et toute la tumeur avait l'aspect d'un phlegmon près de s'ouvrir. Cependant la circonférence était restée rouge et le bord près de l'œil conservait son aspect primitif.

17 avril. Une eschare s'est formée au centre, et l'abcès s'est ouvert en laissant écouler une grande quantité de pus épais d'une couleur brune foncée. Cet écoulement continue plusieurs jours.

Le 25 avril, le séton fut retiré. L'inflammation s'était beaucoup modérée depuis l'ouverture de l'abcès : la tumeur était réduite à un tiers de son volume primitif. Un point bleuâtre existait cependant à la partie supérieure, indiquant qu'une portion de la tumeur avait échappé. Mais le reste était dur et imperméable au sang. Le 8 juin, la tumeur avait encore diminué : on pouvait reconnaître encore le point bleuâtre, mais les téguments avaient presque repris leur aspect normal. Au mois de décembre 1838, je revis l'enfant : la guérison était complète ; il fallait examiner de près pour reconnaître la trace de la cicatrice.

(*American journal of medical sciences. May* 1839.)

VIII. — *Hydatides du cœur.* — Le docteur Ferrall a présenté à la Société pathologique de Dublin un exemple de cette affection. Le septum des ventricules contenait six ou sept hydatides, appartenant à la classe des cysticerques :

plusieurs autres étaient contenues dans les parois des ventricules. Les poumons étaient criblés de tubercules miliaires et présentaient les caractères de la pneumonie chronique. Le foie était très-hypertrophié et avait une coloration rouge foncée. Les deux reins étaient également hypertrophiés et offraient les caractères de ce que l'on a appelé maladie de Bright. Le malade qui avait fourni cette pièce avait joui d'une bonne santé jusqu'à trois mois avant son entrée à l'hôpital Saint-Vincent; mais il ne pouvait donner des renseignements clairs et précis sur l'origine et les progrès de sa maladie. Lors de son entrée, il avait une anasarque, une ascite et un œdème des poumons, avec des palpitations de cœur et l'urine albumineuse. M. Ferrall considère ce cas comme curieux par l'étendue des altérations qui existaient dans les principaux organes, sans qu'aucune cause bien évidente puisse en expliquer le développement. Il avait suffi de trois mois pour que le malade fût affecté d'anasarque générale, et de maladie grave des reins, du foie, des poumons et du cœur.

(*Dublin journal of medical sciences. July* 1839, *t.* 15, *p.* 501.)

IX. — *Séparation du col de l'utérus pendant l'accouchement.* — Le docteur Kennedy a présenté à la Société pathologique de Dublin deux cas de ce genre. Dans le premier, le docteur Kennedy avait été prévenu deux ou trois heures avant la fin du travail, par l'élève chargé de surveiller l'accouchement, qu'une tumeur faisait saillie hors de la vulve : en l'examinant, on reconnut que c'était le col de l'utérus séparé du corps de cet organe dans les deux tiers de sa circonférence. Il incisa la partie qui était encore adhérente : il ne résulta de cette opération aucun accident, et la malade sortit guérie le neuvième jour. Dans le deuxième

cas, le travail avait été long. C'était un premier accouchement compliqué d'œdème du col de l'utérus, dont la lèvre antérieure était si fortement distendue qu'il fallut y faire des scarifications avec une lancette. Cette petite opération ne fit cependant pas cesser la tuméfaction du col qui continua à descendre au-devant de la tête, jusqu'à ce qu'il se séparât complètement. Il fut nécessaire d'opérer la délivrance au moyen des instruments. La femme fut prise de péritonite : elle était encore en grand danger.

Un troisième cas de séparation complète du col de l'utérus pendant l'accouchement s'était présenté récemment à Dublin.

(*Dublin journal of medical sciences. July* 1839.)

X. — *Anévrisme de l'aorte comprimant l'artère pulmonaire.* — Le professeur Harrisson a fait voir à la même Société le cœur et l'aorte d'un malade qui, depuis long-temps, était atteint de graves symptômes de maladie du cœur, avec dyspnée très-grande qu'il diminuait en se couchant sur la partie antérieure du corps. Les bruits du cœur ne présentaient rien d'anormal. La membrane interne de l'aorte était d'un rouge brillant, épaissie, friable, parsemée de nombreux dépôts athéromateux et calcaires. Un peu au-dessus de l'origine de cette artère existait une petite tumeur anévrismale qui comprimait l'artère pulmonaire, de manière à faire une saillie distincte dans son intérieur : les parois de l'artère pulmonaire étaient en ce point amincies et décolorées. Le ventricule droit était fort dilaté. A l'une des valvules aortiques était attachée une tumeur du volume d'un pois, fixée par un mince pédicule, et pendante dans la cavité du ventricule.

(*Dublin journal of medical sciences. July* 1839.)

XI. — *Accouchement prématuré d'un jumeau, l'autre restant dans l'utérus jusqu'au terme naturel;* par le docteur S. Jackson. — Une dame eut un avortement au troisième mois de la grossesse, accompagné d'une hémorrhagie considérable. Remise des accidents de cette fausse couche, elle fut étonnée de continuer à ressentir les nausées et les autres inconvénients qui appartiennent en général à la grossesse. Elle consulta le docteur Jackson, qui fut d'avis qu'un second enfant existait dans l'utérus. En effet, cette dame accoucha à terme d'un enfant bien développé.

Le docteur Jackson dit qu'un cas semblable a été observé par son ami le docteur Nancréde. Il y avait eu expulsion d'un fœtus de quatre à cinq mois. Quatre mois plus tard, la femme accoucha d'un enfant à terme.

(*American journal of the medical sciences.*)

XII. — *Cas d'empoisonnement par la créosote.* — Dans l'après-midi du 7 juin, le docteur Roberts fit une visite à madame D., et lui conseilla de prendre une potion dont elle faisait un usage habituel, l'engageant cependant à ne l'employer que si ses douleurs l'y obligeaient. A quatre heures du matin, il fut appelé près de cette dame, qui s'écria : Mon Dieu, je suis empoisonnée. On ne m'a pas envoyé la potion que vous aviez ordonnée : depuis que je l'ai prise, je suis toute en feu. Les douleurs étaient intolérables. Malgré tous les soins, elle expira dans la nuit. Le pharmacien s'était trompé de flacon. Au lieu de 2 gros de teinture camphrée, il avait mis 2 gros de créosote. A cette dose, cette substance était encore si forte, que l'une des personnes qui entouraient la malade en ayant laissé tomber une goutte sur sa main, il survint au bout d'un instant une phlyctène sur cette partie.

(*Édinburgh medical and surgical journal. July* 1839, *p.* 291.)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

(Juillet 1839).

Rapport fait à l'Académie de médecine par une commission composée de MM. AMUSSAT, BOUILLAUD, HUSSON, LECANU *et* OLLIVIER (d'Angers), *rapporteur, sur les expériences de* M. ROGNETTA, *relatives au traitement de l'empoisonnement par l'arsenic.*

Messieurs,

Vous n'avez pas oublié qu'à l'occasion d'un cas d'empoisonnement par l'arsenic, dans lequel la saignée avait été employée avec avantage, cas qui fut communiqué par M. Orfila, M. Rognetta vous adressa une lettre dans laquelle il annonçait que, contrairement aux opinions de notre collègue, il pensait, avec Rasori et M. Giacomini : 1° que l'action de l'arsenic est asthénique ; 2° que la saignée et tous les antiphlogistiques sont nuisibles dans le traitement de l'empoisonnement par cette substance ; 3° que les remèdes excitants diminuent, au contraire, ou dissipent les symptômes de cet empoisonnement (procès-verbal de la séance du 19 mars) ; il demandait en même temps à l'Académie de désigner des commissaires pour suivre les expériences par lesquelles il s'engageait à démontrer la réalité de ses assertions.

M. Orfila appuya immédiatement cette demande, et dans la séance suivante vous nommâtes une commission com-

posée de MM. Amussat, Bouillaud, Husson, Lecanu et Ollivier (d'Angers). C'est du résultat de ses observations que cette commission vient aujourd'hui vous rendre compte.

Avant d'entrer dans le détail des expériences auxquelles ils ont assisté, vos commissaires croient devoir vous faire connaître la marche qui a été suivie de concert avec M. Rognetta. Toutes les quantités d'arsenic qui ont été administrées sous leurs yeux ont été fournies et dosées par M. Lecanu; et, comme il était difficile que la commission toute entière pût suivre en même temps les phases de chaque expérience, chacun de nous se rendait à des heures différentes de la journée pour observer les animaux dont l'état était noté par l'un de nous, ou successivement par chacun des commissaires lors de la visite.

La question qu'il s'agissait d'examiner étant uniquement une question thérapeutique, votre commission a cru devoir se borner à constater les faits sous ce seul rapport, sans tenir compte de plusieurs circonstances accessoires qui ont trait à l'histoire de l'empoisonnement par l'arsenic, et sans aborder la discussion de certains points de doctrine professés par l'école italienne sur l'action de la plupart des substances toxiques, soit minérales, soit végétales.

En un mot, votre commission s'est bornée à vous présenter l'analyse raisonnée des expériences dont elle a été témoin. L'importance de la question qu'il s'agissait d'examiner justifiera sans nul doute les détails un peu longs peut-être dans lesquels nous allons entrer.

Trois modes d'expérimentation ont été successivement mis en usage devant la commission. Dans une première série d'expériences, l'arsenic complétement dissous dans l'eau a été injecté dans la cavité péritonéale à l'aide d'un trois-quarts. Dans une seconde série d'expériences, l'arsenic finement pulvérisé a été déposé dans le tissu cellulaire sous-

cutané, au moyen d'une plaie faite à la nuque, et dont les bords ont été immédiatement rapprochés par plusieurs points de suture. Enfin, dans une troisième série d'expériences, l'arsenic en dissolution complète dans l'eau a été injecté dans l'estomac à l'aide d'une sonde introduite par le pharynx dans l'œsophage de l'animal, et immédiatement après les deux mâchoires étaient maintenues et rapprochées par plusieurs tours de ficelle pour s'opposer autant que possible aux régurgitations et aux vomissements.

Dans une réunion qui eut lieu entre une partie des membres de la commission et M. Rognetta, ce médecin regardant les deux premières séries comme incomplètes, avait demandé qu'il ne fût rendu compte que des expériences de la troisième série, et en retranchant celle où l'un des animaux paraissait être mort d'ivresse. Cette proposition avait été accueillie; mais dans une réunion ultérieure, après avoir pris connaissance de l'ensemble des procès-verbaux de toutes les expériences, votre commission a pensé qu'elle ne pouvait pas faire ainsi de choix entre elles, que toutes présentaient de l'importance à des titres différents, et qu'elle vous devait la relation de tous les faits dont elle avait été témoin.

Première catégorie.

Première expérience. — Le 30 avril dernier, une solution de 3 grains d'arsenic a été injectée dans le péritoine de quatre chiens. L'un d'eux est mort huit heures et demie après l'empoisonnement, et l'autopsie a fait voir qu'il avait succombé à une hémorrhagie déterminée par le trois-quarts. Des trois autres animaux, l'un fut abandonné à lui-même, le second fut saigné à quatre reprises dans les trois premiers jours, et on retira de la sorte seize onces et demie de

sang environ (le verre dans lequel on recevait le sang contient 5 onces 2 gros d'eau commune). Le troisième fut soumis à un traitement excitant, consistant dans l'administration par l'estomac d'un mélange de bouillon et de vin contenant un cinquième d'eau-de-vie. L'ingestion de ce mélange fut répétée chaque jour à plusieurs reprises.

Le chien qui avait été abandonné à lui-même succomba le quatrième jour à dix heures du matin; les deux autres étaient complètement guéris à la même époque; mais le chien soumis au traitement excitant était plus vif et plus agile que le chien saigné.

Deuxième expérience. — Le 6 mai, la même expérience fut répétée sur six chiens, et 6 grains d'arsenic, en dissolution complète, furent cette fois introduits dans la cavité péritonéale. Deux de ces animaux furent saignés; on tira à l'un d'eux huit onces environ de sang en deux fois, et l'animal était mourant quand on pratiqua la deuxième saignée; il succomba presque immédiatement après; il avait vécu neuf heures. Le deuxième chien fut également saigné deux fois, et l'on retira de la sorte douze onces de sang: l'animal mourut une demi-heure après la seconde saignée: neuf heures s'étaient écoulées alors depuis l'empoisonnement. Quelques traces fort légères de péritonite existaient chez l'un et chez l'autre; la membrane muqueuse de l'estomac était pâle. Les deux chiens soumis au traitement excitant sont morts l'un et l'autre au bout de douze heures, conséquemment trois heures plus tard que les deux précédents. L'autopsie a fait voir chez ces animaux les traces d'une péritonite très-intense et d'une inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac.

Enfin, les deux chiens abandonnés à eux-mêmes sans traitement sont morts, l'un neuf heures environ après l'empoisonnement, l'autre dans la nuit, quinze à dix-huit heu-

res après l'injection de la solution arsénicale. Chez ces deux derniers, les traces de la péritonite étaient aussi intenses que chez les deux chiens soumis au traitement stimulant, mais l'estomac n'offrait aucune apparence d'inflammation.

Deuxième catégorie.

Troisième expérience. — Le 11 mai, 6 grains d'arsenic en poudre ont été introduits dans le tissu cellulaire du cou de quatre chiens.

Deux furent saignés et deux soumis au traitement excitant. Les notes de vos commissaires, recueillies incomplétement sur cette expérience, ne constatent la mort que des deux chiens traités par les excitants, dont l'un mourut dans la nuit après avoir eu des selles sanguinolentes, et l'autre le lendemain à dix heures du matin. M. Bouillaud et le rapporteur sont bien certains qu'un des deux chiens a survécu, mais ils ne savent si c'était celui dont la plaie s'était ouverte, ce qui avait fait penser qu'une partie de l'arsenic avait été entraînée avec le sang. Quoi qu'il en soit, cette dernière circonstance faisait considérer cette expérience comme nulle par M. Rognetta; d'après les notes qu'il nous a communiquées, il paraitrait que nos souvenirs n'étaient pas exacts sur les détails qui précèdent, puisqu'il résulterait de ces notes que les quatre chiens sont morts. Notre commission a donc cru qu'elle devait admettre ce dernier renseignement comme le plus précis, puisqu'il se trouvait écrit dans les notes de M. Rognetta.

Quatrième expérience. — Le 16 mai, 16 grains d'arsenic ont été introduits, comme dans l'expérience précédente, dans le tissu cellulaire du cou de quatre chiens.

Le premier (n. 3), abandonné à lui-même, est mort qua-

tre heures et demie après l'empoisonnement. Le deuxième (n. 1) fut saigné cinq heures et demie après l'application de l'arsenic. On ne put la renouveler dans la journée, la veine ne se remplissant pas; il mourut douze heures et demie après l'empoisonnement. Les deux autres chiens (n. 2 et 4) furent soumis au traitement excitant, consistant en injections dans l'estomac et les intestins de bouillon vineux et alcoolisé. On ajouta chaque fois au mélange du laudanum de Rousseau : une demi-once environ fut employée de la sorte; mais la plus grande partie avait été rejetée au moment de l'injection, l'un des animaux étant mort huit heures après l'empoisonnement, l'autre neuf heures et quart après.

Dans ces deux premières séries d'expériences, nous voyons que tous les animaux qui ont été abandonnés à eux-mêmes sans traitement sont morts; et qu'à l'exception de la première expérience, dans laquelle le chien saigné et celui qui avait été soumis au traitement excitant ont guéri, tous les autres traités suivant l'une et l'autre méthode ont également succombé. L'époque de la mort a varié, pour les chiens saignés, de dix heures moins un quart (expérience deuxième, n. 1 et 4) à douze heures et demie (expérience quatrième, n. 1) après l'empoisonnement.

Dans la deuxième expérience, les deux chiens soumis au traitement excitant ont survécu l'un neuf heures, l'autre deux heures un quart aux deux chiens saignés, tandis que dans *l'expérience quatrième*, les deux chiens tonifiés ont succombé, l'un trois heures un quart, l'autre quatre heures et demie avant le chien saigné.

En résumé, six chiens ont été traités par la saignée : cinq sont morts, un seul a guéri. Sept chiens ont été traités par les excitants : six sont morts, un seul est guéri. Quatre chiens ont été abandonnés à eux-mêmes et sont

tous morts. Nous devons dire ici que M. Rognetta a désiré que nous ajoutassions que le traitement qu'il avait appliqué aux chiens de ces deux premières catégories n'avait pas été employé à doses convenables.

Troisième catégorie d'expériences.

Cinquième expérience. — Le 20 mai six chiens furent empoisonnés par une solution d'arsenic injecté dans l'estomac. A deux d'entre eux, attendu la force plus grande, on introduisit de la sorte 14 grains d'arsenic dans l'estomac ; aux quatre autres, 7 grains seulement.

Des tentatives infructueuses avaient été faites d'abord sur l'un des deux premiers pour injecter la solution arsénicale dans la veine crurale, et l'animal avait perdu deux cuillerées de sang environ. Ce fut alors qu'on introduisit le poison dans l'estomac. Au bout d'un quart-d'heure, des vomissements survinrent. Deux heures plus tard, l'animal était mourant ; néanmoins on essaya, mais inutilement, de le saigner à la jugulaire, puis à l'artére crurale ; il succomba pendant cette dernière opération. Cette expérience fut donc considérée comme nulle.

Un des quatre chiens auxquels on avait injecté une solution de 7 grains d'arsenic succomba deux heures et demie après l'empoisonnement ; ainsi l'expérience ne porta que sur quatre animaux.

Deux des chiens empoisonnés par l'injection dans l'estomac d'une solution de 7 grains eurent, l'un et l'autre, plusieurs vomissements après l'injection. Ils furent saignés, l'un (n. 3) deux heures et demie et trois heures et demie après l'empoisonnement (en totalité un verre deux tiers de sang). L'époque et le nombre de saignées ne sont pas

indiqués pour l'autre (n. 6). Cinq heures après l'empoisonnement tous les deux étaient morts.

Des deux chiens soumis au traitement excitant, l'un avait reçu en injection 14 grains d'arsenic, et l'autre 7 grains. Chez le premier (n. 1), des vomissements survinrent 55 minutes après l'injection, et se renouvelèrent à plusieurs reprises. Chez le second (n. 6), des vomissements abondants eurent lieu trois minutes après l'injection, et se renouvelèrent au bout de sept minutes. L'heure à laquelle on commença à donner du bouillon vineux et alcoolisé n'a pas été indiqué dans les procès-verbaux de ces deux expériences.

Le premier de ces animaux avait repris déjà de la vivacité cinq heures après l'empoisonnement; le lendemain, il était guéri. Il en était de même du second; les symptômes d'intoxication étaient dissipés le lendemain au matin.

Sixième expérience. — Le 24 mai, 10 grains d'arsenic en dissolution furent injectés dans l'estomac de cinq chiens. Chez trois d'entre eux, une partie du liquide avait été rejetée au moment de l'injection, et chacun d'eux eut ensuite plusieurs vomissements. Nonobstant cette circonstance, l'un d'eux (n. 5), abandonné à lui-même, succomba dans la journée. Le second (n. 3) fut saigné à deux reprises (un verre la première; la quantité de la deuxième n'est pas indiquée) et guérit. Le troisième (n. 4), soumis au traitement excitant, succomba.

Chez les deux où l'injection fut conservée, il y eut des vomissements 35 minutes après l'empoisonnement chez l'un (n. 1). Cet animal fut saigné deux fois (un verre et demi à la première saignée; la quantité de la deuxième n'est pas indiquée) et mourut. L'autre eut des vomissements 20 minutes après l'injection et cinq quarts d'heure plus tard. Le traitement excitant lui fut administré, et

donna lieu à de nouveaux vomissements ; il succomba dans la soirée en présentant tous les symptômes de l'ivresse.

Septième expérience. — Le 30 mai, cinq chiens furent soumis au même mode d'expérimentation que les précédents.

Un sixième fut simplement saigné à deux reprises (un verre deux tiers) comme sujet de comparaison, afin qu'on pût mieux apprécier l'influence que des saignées répétées exercent sur le chien. L'animal resta faible et assez abattu pendant deux jours, et le troisième, il était rétabli.

Des cinq autres, *trois* furent empoisonnés avec une solution de 8 grains d'arsenic. Tous vomirent à plusieurs reprises, et peu après l'injection faite dans l'estomac.

Le n. 1 fut saigné une heure cinq minutes après l'empoisonnement (un verre un quart, 7 onces 4 gros); il tomba dans l'affaissement assez promptement, et au bout d'une demi-heure il était mort. Le n. 2 fut soumis au traitement excitant. L'heure à laquelle on a commencé à l'employer n'est pas indiquée dans le procès-verbal ; on n'a pas mentionné non plus si des vomissements avaient eu lieu à la suite. Dans la nuit, il vomit une grande quantité d'aliments qu'on retrouva près de lui le lendemain matin ; alors l'état de l'animal était satisfaisant, et le troisième jour on put le considérer comme guéri. Le n. 3, abandonné à lui-même, mourut dans la nuit du troisième au quatrième jour.

Aux deux autres chiens, on injecta seulement 4 grains 1/2 d'arsenic dans l'estomac. L'un n'eut pas de vomissements (n. 5) ; il fut saigné à deux reprises (un verre trois quarts), et la première fois *trente-quatre minutes* seulement après l'empoisonnement ; au bout de cinq heures il était mort.

L'autre chien (n. 4) eut au contraire des vomissements 23 et 35 minutes après l'empoisonnement ; on n'a pas

mentionné s'il en est survenu de nouveaux après le traitement excitant auquel il fut soumis, et à quelle heure on l'a commencé. Dans l'après-midi, l'animal commençait à reprendre de la vivacité ; le lendemain il allait bien, et le surlendemain il était considéré comme guéri.

Huitième expérience. — Le 6 juin, 7 *grains* 1/2 *d'arsenic* furent administrés comme dans l'expérience précédente, à cinq chiens. L'un d'eux, abandonné à lui-même, périt vingt-quatre heures après l'empoisonnement ; les n. 1 et 3 furent saignés ; l'un et l'autre avaient vomi à plusieurs reprises peu après l'injection. Le n. 1 succomba au bout de cinq heures, après deux saignées d'un verre chacune ; le n. 3, traité également par la saignée (un verre un quart) était guéri le troisième jour, quoique faible encore.

Les n. 4 et 5 furent soumis au traitement excitant. Le premier n'eut pas de vomissements ; il était très-affaissé quand on commença à lui administrer un lavement de bouillon vineux et alcoolisé. L'empoisonnement datait alors de deux heures et demie. L'animal était mort cinq heures après l'empoisonnement. — Le second avait vomi les deux tiers de la solution arsénicale huit minutes après l'injection. Le traitement excitant fut commencé au bout de deux heures, et donna lieu à de nouveaux vomissements et à des déjections répétées : le lendemain, l'animal était bien ; il avait repris toute sa vivacité, différent en cela du n. 3, saigné et également guéri.

Neuvième expérience. — Le 10 juin, 7 *grains* 1/2 *d'arsenic* furent injectés dans l'estomac de trois chiens. Deux d'entre eux (n. 1 et 3) vomirent peu après l'injection, et à plusieurs reprises. Au bout d'une heure le n. 3 est saigné (un verre et demi, 9 onces de sang), et meurt deux heures plus tard. L'autre (n. 1) est soumis au traitement excitant, et dans la soirée il avait repris de la gaîté. Chez le troisième (n. 2),

qui n'avait pas mangé depuis quatre jours, *toute la solution arsénicale fut conservée ; il n'y eut pas de vomissements* : l'animal ne tarda pas à tomber dans l'abattement. Dix-huit minutes après l'empoisonnement, on lui injecta un lavement d'eau-de-vie et d'eau à parties égales ; 33 minutes après, il était mort, n'ayant ainsi vécu que 50 *minutes* après l'injection.

Enfin à un quatrième chien (n. 4), attendu sa force plus considérable que celle des trois autres, 12 *grains* 1[2 *d'arsenic* en dissolution furent injectés dans l'estomac. Dix minutes après, l'animal vomit des mucosités mêlées à des débris d'aliments. Une saignée de deux verres et demi (15 onces) est faite un quart d'heure après l'empoisonnement. L'animal fut trouvé mort trois heures moins un quart après l'injection.

D'après les détails de cette expérience, votre commission croit devoir faire remarquer ici, qu'il n'y a pas eu un autre chien opposé à celui-ci et placé dans les mêmes conditions pour être soumis au traitement excitant. Dans cette expérience, il n'y eut pas de chien abandonné sans traitement, comme sujet de comparaison.

Dixième et dernière expérience. — Le 14 juin, six chiens furent soumis à une dernière expérience. A trois d'entre eux plus forts que les autres (n. 1, 2, 3), on fit avaler une solution de 12 grains 1[2 d'arsenic, et de 7 grains 1[2 aux trois autres (n. 4, 5, 6).

Les trois premiers eurent tous des vomissements répétés et peu après l'ingestion du liquide arsénical dans l'estomac. Le n. 1 est saigné une *demi-heure* après l'empoisonnement (2 verres, 1 livre de sang), et deux heures et demie plus tard, nouvelle saignée de 5 onces ; il reste abattu toute la journée, et meurt dans la nuit.

Le n. 2 fut soumis au traitement excitant 25 minutes

après l'empoisonnemeut; l'on n'a pas indiqué s'il avait déterminé de nouveaux vomissements; l'animal ne tarda pas à s'affaisser, et mourut quatre heures et demie après l'injection.

Enfin, chez le chien n. 3, ce traitement fut commencé une demi-heure après l'empoisonnement, et l'injection du bouillon vineux et alcoolisé fut suivie de nouveaux vomissements; elle fut répétée dans la journée, et le lendemain l'animal était guéri.

Aux trois autres chiens (n. 4, 5 et 6), on fit prendre 7 grains 1[2 d'arsenic, et tous vomirent peu après l'injection du liquide arsenical dans l'estomac. Les n. 4 et 6 furent saignés, l'un 28 minutes et l'autre 32 minutes après l'empoisonnement; le premier était mort au bout de trois heures 26 minutes, et le deuxième de cinq heures et demie.

On employa pour le n. 5 le traitement excitant 20 minutes après l'empoisonnement; l'injection du bouillon vineux et alcoolisé détermina presque aussitôt de nouveaux vomissements qui se renouvelèrent dans la matinée. Le traitement fut continué dans l'après-midi. Le lendemain l'animal était guéri.

Dans l'expérience, il n'y eut pas de chiens abandonnés sans traitement, après l'empoisonnement, pour servir de sujet de comparaison avec les autres.

L'examen de l'estomac et de l'intestin du chien n. 1, mort après avoir été saigné, fit constater que le premier de ces organes avait le volume d'un œuf d'autruche, et qu'il offrait à l'extérieur une injection très-prononcée qui formait des herborisations longitudinales. Sa membrane muqueuse était d'un rouge violacé depuis le cardia seulement et dans les deux tiers de l'étendue de l'estomac, spécialement dans le grand cul-de-sac et à la partie moyenne de l'organe. Les villosités des replis de cette membrane

étaient rouges et mêmes ecchymosées. Dans le duodénum et tout l'intestin, on retrouvait aussi les traces d'une vive inflammation, et la membrane muqueuse était recouverte de mucosités sanguinolentes.

Chez le chien n. 6, mort également après avoir été saigné, on trouva aussi les traces d'une vive inflammation de l'estomac, caractérisée par des plaques rouges, et situées spécialement sur les replis de la membrane muqueuse.

Chez ces deux animaux, il n'existait aucun commencement de putréfaction quand l'examen cadavérique en fut fait.

— En terminant ici l'exposé des expériences, nous allons résumer en quelques mots le traitement employé par M. Rognetta. Nous extrayons ces détails d'une note qu'il nous a communiquée le 25 juin.

L'administration du liquide excitant se fait en trois temps : 1° injection dans l'estomac, puis dans l'intestin, d'un mélange composé de bouillon gras, 4 onces ; vin ordinaire pur, 20 onces ; bonne eau-de-vie, 2 onces.

Si ces injections sont rejetées (ainsi que cela arrive assez souvent, dit M. Rognetta) au bout d'un quart d'heure on les réitère ; si, au contraire, elles sont conservées, on laisse l'animal tranquille pendant deux ou trois heures. Dans le cas où la deuxième injection par l'estomac serait encore rejetée, on se borne aux lavements, puis au bout d'une demi-heure ou d'une heure on réinjecte de nouveau le mélange dans l'estomac. On diminue la quantité d'alcool dans les deuxième et troisième injections, et l'on ajoute parfois quelques gouttes de laudanum de Sidenham. On évite de laisser boire ensuite de l'eau à l'animal, parce que l'injection stimulante serait bientôt vomie.

2° Deux ou trois heures après les premières injections ,

on en fait de nouvelles avec le même mélange ; si l'animal paraît mieux, on diminue un peu la quantité d'alcool de l'injection de l'estomac, mais on laisse la même dose dans le lavement.

Deux, trois ou quatre heures plus tard, nouvelle injection dans l'estomac et l'intestin, mais moins alcoolisée. Si le mieux continue, on se borne à donner des lavements stimulants de trois en trois heures, composés de 4 à 6 onces de bouillon, d'une à deux onces de vin et d'une once d'eau-de-vie. On ne donne alors que du bouillon, mêlé ou non de farine dans l'injection de l'estomac.

Tel est, Messieurs, le résumé de chacune des expériences qui ont été faites en présence de votre Commission.

En se bornant à énoncer les résultats des expériences de cette troisième catégorie, on voit que sur treize chiens saignés (le n. 2, expérience cinquième, a été mis hors de ligne), onze sont morts et deux sont guéris, et que sur le même nombre de chiens soumis au traitement excitant, huit ont guéri et cinq sont morts. Les quatre chiens abandonnés à eux-mêmes dans les expériences 5e, 6e, 7e et 8e sont tous morts. Si nous réunissons ces résultats à ceux des expériences des deux premières catégories, nous trouvons un total de quarante-sept chiens :

De dix-neuf chiens traités par la saignée, trois guéris;
De vingt chiens traités par les excitants, neuf guéris ;
De huit chiens abandonnés à eux-mêmes, tous morts.

Mais il ne suffit pas de compter les faits ; il faut surtout en examiner et en apprécier la valeur ; et c'est pour que vous puissiez juger jusqu'à quel point ils sont comparables entre eux, que nous avons cru devoir vous exposer d'abord un résumé de chaque expérience en particulier. Or, si nous consultons les procès-verbaux de chacune d'elles, nous voyons

que sur les onze chiens morts après avoir été saignés, ces opérations ont été pratiquées sur cinq d'entre eux (voy. Expér. 9e, n. 4.—Expér. 10e, n. 1 et 4.—Expér. 7e, n. 5), un quart d'heure, 28 minutes, 30 minutes, 32 minutes et 34 minutes après l'empoisonnement. En outre, le dernier n'avait pas eu de vomissemens (n. 5, Expér. 7e).

En sorte que ces animaux ont été saignés peu de temps après l'empoisonnement, et l'on sait que l'absorption est d'autant plus rapide que la déplétion des vaisseaux est plus considérable.

Sur les treize chiens de la troisième catégorie soumis au traitement excitant, nous avons dit que cinq étaient morts, et huit étaient guéris. Pour trois des cinq qui ont succombé (Expér. 6e, n. 2 et 4.—Expér. 10e, n. 2), M. Rognetta attribua la mort à l'ivresse. Mais les symptômes de cet état particulier n'ont été réellement caractérisés que chez un seul (le n. 2, Expér. 6e), et ce résultat du traitement n'a pu empêcher de compter cette expérience et les deux autres parmi les exemples de l'application des excitants, puisqu'il s'agissait ici d'apprécier les effets de médication chez les animaux empoisonnés par l'arsenic. Nous verrons tout à l'heure que la cause qui a rendu le traitement inefficace chez les autres chiens qui ont succombé, est facile à concevoir, et qu'elle explique en même temps pourquoi deux de ces animaux (Expér. 9e, n. 2, et Expér. 8e, n. 4), ont été considérés comme mourants quand on commença à leur appliquer le traitement indiqué.

Toutefois, ces deux dernières expériences n'en ont pas moins dû être comptées comme les autres, car dans le nombre des chiens qui ont été saignés, il en est aussi plusieurs qui étaient déjà mourants quand on leur pratiquait cette opération; et cependant on a compté les expériences

dont ils sont l'objet. Tel a été, par exemple, le chien n° 1 de l'expérience 7e.

Parmi les différents phénomènes observés chez les animaux de la troisième catégorie, il en est un qui a dû fixer particulièrement l'attention de votre commission, attendu son influence possible sur les suites de l'empoisonnement; nous voulons parler *des vomissements.*

Il résulte des procès-verbaux qui font la base de ce rapport, que tous les chiens saignés, à l'exception d'un seul (Expérience 7e, n° 5), ont vomi plus ou moins après l'injection de la solution arsénicale; que sur les onze chiens morts, quatre seulement ont eu quelques vomissements après la saignée (Expérience 7e, n° 5. — Expérience 9e, n° 4. — Expérience 10e, nos 1 et 6); en sorte que chez sept de ces animaux il n'y a pas eu d'autres vomissements que ceux qui ont suivi l'injection du poison.

De deux chiens qui ont guéri, un seul (Expérience 8e, n° 3) eut des vomissements de mucosités après la première saignée seulement.

Sur les treize chiens traités par les excitants, nous avons déjà dit que cinq étaient morts, et huit étaient guéris. Ajoutons que tous, à l'exception de deux qui sont morts (Expérience 8e, n° 4. — Expérience 9e, n° 2), ont vomi plus ou moins après l'injection de l'arsenic.

Chez les cinq chiens qui ont succombé, l'un n'a eu aucune espèce de vomissement (Expérience 8e, n° 4), trois autres n'avaient pas vomi après l'administration du traitement excitant (Expérience 6e, n. 4.—Expérience 9e, n° 2.—Expér. 10e, n° 2); le cinquième avait vomi seulement après le traitement commencé (Expérience 6e, n° 2), c'est celui qui succomba avec les symptômes de la mort par ivresse.

Sur les huit chiens guéris, il en est quatre (Expérience 5e, n. 1 et 6.— Expérience 7e, n. 2 et 4), pour lesquels le pro-

cès-verbal d'expériences ne contient aucun renseignement, et sur l'époque à laquelle le traitement excitant a été commencé, et sur les phénomènes particuliers qui l'ont suivi. Tandis que sur les quatre autres chiens pour lesquels ces détails ont été recueillis, on a constaté que trois d'entre eux (Expérience 8e, n. 5. — Expérience 9e, n. 3. — Expérience 10e, n. 5) avaient eu des vomissements après l'injection du bouillon vineux et alcoolique, et qu'un seul (Expérience 9e, n. 1) n'en avait pas eu.

Or, si l'administration du traitement excitant a été suivie de vomissements trois fois sur quatre dans les quatre expériences où ces détails ont été consignés avec soin, n'est-on pas autorisé à penser que des vomissements semblables ont pu également exister dans une ou plusieurs des quatre autres expériences dont les procès-verbaux sont incomplets sous ce rapport?

En rapprochant ces divers résultats, plusieurs membres de la Commission se sont demandé s'il ne fallait pas attribuer une partie de l'action curative du traitement excitant aux vomissements qui ont ainsi suivi son emploi, et qui ont de la sorte été plus multipliés que chez les chiens saignés auxquels on ne donna rien qui pût exciter ultérieurement les vomissements? Vomissements qui ont eu d'autant plus probablement pour effet le rejet de nouvelles portions du liquide arsénical, que le bouillon vineux et alcoolique était donné à une époque plus rapprochée de celle de l'empoisonnement, comme dans l'expérience 10e sur les chiens n. 2, 3et 5?

Conséquemment, ne peut-on pas penser que les résultats obtenus chez les animaux auxquels on a appliqué le traitement excitant soient dus en grande partie aux vomissements qui ont suivi l'ingestion des excitants, et qui ont entraîné les dernières parties du poison ingéré, quand on con-

sidère la rapidité du rétablissement opéré chez quelques-uns de ces chiens, rapidité qui a été telle dans plusieurs expériences (*voyez* Expér. 5e, no 1.—Expér. 7e, n. 2 et 4.— Expér. 8e, n. 5. — Expér. 9e, n. 1. — Expér. 10e, n. 3 et 5), que dès l'après-midi la plupart des symptômes de l'empoisonnement étaient dissipés ?

Il est encore une remarque qui doit être signalée à ce sujet, et qui vient justifier nos réflexions sur l'influence que les vomissements ont pu avoir sur le rétablissement des animaux ; c'est que dans l'expérience première, *où* 3 *grains* 1/2 *seulement* d'arsenic avaient été injectés dans le péritoine et *avaient été absorbés*, la guérison de l'animal soumis au traitement excitant n'a été complétée que le quatrième jour ; tandis que nous voyons le rétablissement survenir ici neuf ou dix heures après l'empoisonnement, malgré la dose beaucoup plus considérable d'arsenic donnée à ces animaux.

Une dernière observation nous paraît propre à confirmer ce que nous venons de dire sur la part que les vomissements ont pu avoir dans les guérisons obtenues, et c'est celle-ci : Sur les cinq chiens morts, et auxquels on avait appliqué le traitement excitant, il y en avait deux (Expérience 8e, n. 4. — Expérience 9e, n. 2) qui *n'avaient pas vomi* après l'ingestion de la solution arsenicale dans l'estomac, en sorte qu'ils se trouvaient dans les mêmes conditions que ceux auxquels l'arsenic fut injecté dans le péritoine et déposé dans le tissu cellulaire sous-cutané, lesquels sont également morts, à l'exception d'un seul (Expérience 1re, n. 2). Voilà, sans doute pourquoi ils ont succombé, et pourquoi leur état était devenu rapidement aussi grave.

Le rejet, par les vomissements, de la plus grande partie du poison ingéré était ici d'autant plus probable, que l'arsenic a toujours été donné complètement dissous dans de

l'eau, et par conséquent il se trouvait dans les conditions les plus favorables pour être entraîné facilement et en totalité hors de l'estomac, surtout quand les vomissements survenaient peu après l'injection, ainsi que cela a lieu presque constamment; mais, dira-t-on, s'il en était ainsi, les quatre chiens abandonnés à eux-mêmes ne seraient pas tous morts?

Sans doute la mort de ces animaux prouve en faveur de l'efficacité du traitement excitant, mais il faut observer que tous les chiens abandonnés à eux-mêmes n'ont eu que quelques vomissements spontanés comme les chiens saignés. Ce résultat, d'ailleurs, n'est pas uniquement favorable au traitement excitant, car si dans l'expérience cinquième, où le premier chien abandonné à lui-même est mort, les deux chiens guéris avaient été soumis au traitement excitant, dans l'expérience sixième, où le deuxième chien abandonné sans traitement a succombé, le seul qui ait guéri avait été saigné; dans l'expérience septième, où est mort le troisième chien abandonné à lui-même, le traitement excitant avait été appliqué aux deux chiens guéris; et dans l'expérience huitième, où le quatrième chien abandonné avait succombé, les deux chiens guéris avaient été traités, l'un par la saignée, l'autre par les excitants.

Ajoutons que dans la première expérience, où l'arsenic fut injecté dans le péritoine, on avait observé le même résultat. Le chien saigné et celui qui fut soumis au traitement excitant guérirent, et le chien abandonné à lui-même succomba.

Enfin, nous ferons remarquer que pour se placer dans des conditions analogues à celles qui se représentent le plus souvent, puisqu'il s'agissait d'expérimenter comparativement deux modes de traitement, il eût peut-être été nécessaire de varier le mode d'administration de l'arsenic. En ef-

fet, il a toujours été donné à l'état de *dissolution complète* dans l'eau; et d'après les nombreux exemples d'empoisonnement dont les détails sont consignés dans les annales de la science, on en trouve à peine quelques-uns dans lesquels l'arsenic ait été donné ou pris de la sorte; presque toujours l'arsenic ingéré était en poudre plus ou moins grossière, *simplement délayée* dans un liquide quelconque, ou mêlée aux aliments. Or, les recherches cadavériques ont démontré qu'alors on retrouve fréquemment après la mort, non-seulement des parcelles, mais des fragments d'arsenic assez gros, adhérents aux replis que forme la membrane muqueuse de l'estomac, malgré les vomissements réitérés qui ont eu lieu pendant 24, 36 ou 48 heures. Dans quelques cas, des portions d'arsenic franchissent le pylore et pénètrent dans l'intestin.

En présence de pareils faits, on comprendra qu'il est impossible d'établir, d'après le petit nombre d'expériences qui précèdent, une proportion approximative des chances de succès que peut présenter le traitement de cet empoisonnement par les excitants; car nous ignorons si le rapport des cas de guérison aux cas de mort eût été le même si l'arsenic avait été donné en poudre grossière, délayée dans l'eau ou mélangée à des aliments. Ajoutons qu'il est à regretter que les matières vomies n'aient pas été recueillies, et qu'on n'ait pas constaté par l'analyse chimique si elles contenaient ou non des traces de l'arsenic ingéré. Cette recherche eût beaucoup contribué à éclairer la question que nous venons de discuter.

D'après les considérations qu'elle vient de vous présenter, votre Commission est donc autorisée à penser que dans plus d'une expérience, le degré d'intoxication n'était pas le même chez les animaux soumis aux deux modes de traitement indiqués (*voyez* pour exemple l'Expérience 7e, n. 5 et -

4) : qu'ainsi les résultats obtenus ne sont pas rigoureusement comparables entre eux.

Cependant, il était un moyen de prévenir toutes ces incertitudes, et conséquemment les réflexions qu'elles nous ont fait naître, moyen qui avait été proposé par plusieurs membres de la Commission. Nous voulons parler de la ligature de l'œsophage. Ce moyen permettait, en effet, d'apprécier avec exactitude les effets des deux traitements sur l'empoisonnement, puisqu'on avait de la sorte la certitude que la même dose d'arsenic était conservée par les animaux. D'ailleurs, la ligature de l'œsophage est surtout nécessaire quand on expérimente sur les chiens, chez lesquels, comme on sait, le vomissement est excessivement facile. En outre, cette ligature ne détermine pas chez ces animaux, pendant les deux premiers jours, qu'un peu de fièvre et d'abattement; en sorte qu'on eût pu très-bien juger, d'après les résultats que nous avons exposés, de l'influence des deux modes de traitement sur les animaux empoisonnés.

Mais M. Rognetta a objecté qu'il était possible que les nerfs pneumo-gastriques fussent lésés en même temps que l'œsophage, et que cette ligature déterminait des effets qui eussent rendu moins évidents ceux du traitement employé; et que, dans son opinion, l'existence seule d'une plaie avec perte de sang sur l'animal expérimenté, était une circonstance défavorable au traitement excitant. La ligature de l'œsophage ne fut donc pas appliquée.

L'Académie ne s'étonnera pas de tous les détails dans lesquels la Commission a cru devoir entrer, non plus que des réflexions que nous avons émises, quand on songera qu'il s'agissait de résoudre une question de thérapeutique d'après des expériences faites sur les animaux, et quand on sait combiner la solution des questions de ce genre chez l'homme exige de temps et de faits comparatifs.

Toutefois, si l'on fait, pour un instant, abstraction des différences qui ont existé dans les conditions de chaque expérience particulière, et qu'on n'envisage que leurs résultats divers, il en est deux qui paraîtront dignes d'attention, car il y a lieu de croire qu'ils n'ont pas été uniquement l'effet de circonstances fortuites : le premier consiste dans la proportion si différente des cas de guérison dans l'un et l'autre traitement; on a vu qu'elle avait été de trois sur dix-neuf pour les chiens saignés, tandis qu'elle a été de neuf sur vingt pour les chiens traités par les excitants. Quand au second résultat, c'est qu'en comparant les progrès de la guérison chez les animaux saignés et chez ceux qui ont été traités par les excitants, tout l'avantage est à ce dernier traitement. Les chiens saignés ont eu un rétablissement lent, qui n'était complet que le troisième ou le quatrième jour, tandis que chez les autres les symptômes de l'empoisonnement ont été généralement dissipés dès le lendemain.

Ces dernières observations nous font désirer que les expériences déjà faites soient continuées, qu'elles soient plus multipliées et répétées avec toutes les précautions qu'exige l'importance de la question qu'il s'agit de résoudre. Aussi, votre Commission termine-t-elle son rapport en votant des remerciements à M. Rognetta, et en l'engageant à poursuivre des expériences qui laissent entrevoir des résultats avantageux pour la thérapeutique de l'empoisonnement par l'arsenic.

Ont signé : MM. BOUILLAUD, HUSSON, AMUSSAT, OLLIVIER (d'Angers), rapporteur.

M. LECANU n'a pu signer, étant absent.

Les séances du 30 juillet et du 6 août ont été consacrées à une longue discussion sur le rapport qui précède. MM. Orfila, Chervin, Émery, Castel, Amussat, Dubois (d'Amiens), etc., ont tour à tour la parole.

M. Orfila se livre à quelques considérations assez étendues sur les règles à suivre dans tout empoisonnement, et discute la valeur de la saignée dans l'empoisonnement par l'acide arsénieux. Conformément à ce qu'il a écrit dans sa *Toxicologie*, M. Orfila insiste sur l'utilité et la nécessité de recourir aux évacuations sanguines toutes les fois qu'à la suite de l'ingestion de l'arsenic des symptômes inflammatoires se sont développés. Donner, dit-il, dans ce cas des alcooliques, des excitants pour les combattre, ce serait, suivant moi, se jouer de la vie des hommes. A l'appui de son opinion, M. Orfila cite des faits. Sur dix-neuf cas d'empoisonnement par l'arsenic traités par la saignée, dix-huit individus ont guéri, un seul est mort.

Quant aux expériences de M. Rognetta, M. Orfila déclare qu'il les regarde comme peu concluantes pour le résultat qu'en déduit son adversaire, parce qu'il ne s'est pas placé dans les conditions où l'homme se trouve le plus souvent dans ce genre d'empoisonnement. Ainsi, M. Orfila admet que dans l'intoxication arsénicale il y a deux périodes bien tranchées : l'une d'affaissement, de collapsus; l'autre de réaction ; et la saignée n'est pas également applicable dans ces deux périodes. Tous les chiens qui ont été saignés par M. Rognetta l'ont été immédiatement après avoir pris l'arsenic. Or, qui ne sait, dit M. Orfila, que la saignée administrée dans ce cas favorise au plus haut point l'absorption du poison ?

Au reste, M. Orfila croit que, même en admettant que les expériences de M. Rognetta eussent été bien faites, on ne saurait rien en conclure en faveur de la médication

tonique. C'est le vomissement qui a surtout agi en éliminant le poison, car les chiens se trouvaient guéris immédiatement après.

M. Orfila termine son discours en formulant nettement son opinion sur le fait dont il s'agit : Si, d'après les faits, dit-il, j'ai dit que la saignée pouvait être utile, je n'ai jamais prétendu qu'elle dût constituer à elle seule le traitement de l'empoisonnement par l'arsenic; j'ai dit seulement, et j'affirme encore, que dans tel cas donné, à telle période, elle peut être utile, nécessaire même. Je n'ai jamais prétendu qu'elle le fût toujours et à toutes les périodes.

M. Bouillaud regarde comme non avenues les expériences de la première catégorie, dans lesquelles l'acide arsénieux a été introduit dans la cavité péritonéale. Les seules qui aient pour lui quelque valeur sont celles de la troisième catégorie, dans lesquelles le poison a été ingéré dans l'estomac. Or, il avoue que dans ce cas le traitement de M. Rognetta par les toniques, dans les conditions où il le lui a vu appliquer, a sauvé des chiens qui, suivant toute probabilité, auraient succombé s'ils avaient été saignés ou abandonnés à eux-mêmes. C'est là, ajoute-t-il, un fait précieux acquis à la science.

M. Bouillaud, conformément à l'opinion de M. Orfila et contrairement à celle de M. Castel, pense que les effets funestes de la saignée sont dus aux conditions dans lesquelles elle a été pratiquée. On sait que, dans la première période de l'empoisonnement, c'est-à-dire immédiatement après l'ingestion du poison, elle a dû, dit M. Bouillaud, en favoriser l'absorption. Du reste, il n'affirme pas qu'elle n'ait pas été nuisible autrement, et encore moins qu'elle doive être nuisible à toutes les périodes de l'empoisonnement, quelles que soient les circonstances où se trouvent les individus empoisonnés; car, ajoute-t-il, s'il survient chez un

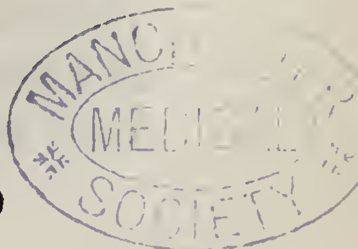
homme empoisonné par l'acide arsénieux une réaction franchement inflammatoire, il est, à mon avis, d'une saine pratique de recourir à la méthode antiphlogistique ; et, certes, ce n'est pas moi qui refuserai de placer les saignées au premier rang des antiphlogistiques.

MM. Amussat, Chervin et Ollivier (d'Angers) parlent dans un sens favorable aux résultats annoncés par M. Rognetta, et sont convaincus que, dans les expériences dont ils ont été témoins, la saignée a été constamment nuisible et le traitement tonique utile.

M. Émery pense que de nouvelles expériences sont nécessaires pour arrêter sa conviction. Dans les accidents qui sont survenus quelquefois à la suite de l'ingestion de préparations arsénicales à l'hôpital Saint-Louis, il s'est toujours manifesté des symptômes inflammatoires qui ont été favorablement combattus par la saignée.

M. Dubois (d'Amiens) cite l'observation d'un jeune homme qui s'est empoisonné avec de l'arsenic, et qui a éprouvé deux fois, par l'effet de la saignée, une amélioration notable, bien qu'elle ait été de courte durée ; il admet également deux périodes bien distinctes dans cet empoisonnement : l'une d'affaissement, l'autre de réaction ; et il désirerait de nouvelles expériences faites dans ces deux stades opposés de la maladie.

M. Renauldin pose en fait *que l'arsenic agit sur l'économie en enflammant les tissus*. En conséquence, les saignées générales et locales sont, pour lui, toujours indiquées, et il pense que la pratique ordinaire doit être maintenue.



SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Discussion sur le traitement de la gravelle et des calculs urinaires par les eaux alcalines, et notamment par l'eau de Vichy. — Efficacité des mêmes eaux contre l'obésité.

M. *Leroy-d'Étiolles* obtient la parole pour entretenir la Société des propriétés que peuvent avoir les eaux minérales alcalines, et spécialement l'eau de Vichy, pour la dissolution des calculs urinaires.

Si jusqu'à présent, dit M. Leroy, je ne me suis pas prononcé sur ce point important de thérapeutique, c'est parce que la question ne m'a pas encore paru suffisamment éclairée par les faits. Je connais les observations publiées par M. Petit, un des médecins inspecteurs des eaux de Vichy; je sais qu'elles militent puissamment en faveur de l'action dissolvante des eaux alcalines sur les calculs urinaires. Mais je dois vous faire remarquer, Messieurs, d'une part, que la présence des calculs n'a pas été démontrée dans tous les cas avant le traitement, et, d'une autre part, que la dissolution n'a été, en quelque sorte, que préjugée puisque le cathétérisme n'a point décidé la question. Il est donc permis de conserver des doutes sur les effets obtenus. C'est parce que je sentais le besoin de dissiper mes incertitudes à cet égard qu'au mois d'août dernier je me suis rendu à Vichy. J'y ai trouvé plusieurs calculeux auxquels les eaux de Vichy, prises à l'intérieur et en bains, avaient procuré un soulagement considérable, soulagement que les malades regardaient à tort comme une preuve de guérison. Je me suis assuré, en effet, en les sondant, que la vessie renfermait encore des calculs. Il y a, au reste, déjà bien long-temps qu'on a attribué aux alcalis une action dissolvante sur les calculs de la vessie. Pline conseillait la poudre

d'escargots contre la pierre. Mascagni recommande vivement les alcalis dans la même maladie, et donne sa propre observation comme gage de leur succès. La fameuse recette de mademoiselle *Stephens* est encore là pour prouver combien l'efficacité des alcalis a été dès-long-temps accréditée; et Morand est venu lui-même prêter l'appui de son autorité à cette croyance, quand, après avoir soumis 22 malades au traitement de mademoiselle Stephens, il annonça que chez quatre de ces malades les accidents de la pierre avaient complètement cessé ; mais il manque toujours à ces observations la preuve décisive de la dissolution des calculs, c'est-à-dire le témoignage du cathétérisme.

Quoi qu'il en soit, on ne peut se refuser à admettre que les eaux alcalines ont pour effet d'apporter au moins un notable amendement dans les symptômes que provoquent les calculs. La question, désormais, est de savoir si c'est à cela que se borne leur action. On a présenté comme attestant la dissolution des calculs les taches blanches trouvées à la surface de quelques fragments rendus par des malades. Ces taches sont dues, il est vrai, à de l'urate de soude; mais, loin de voir là une dissolution, quelques médecins y ont vu une addition aux calculs existants. Il faut avouer qu'il ne peut guère en être autrement quand ces calculs sont composés d'oxalate de chaux, et quand l'urate de soude se trouve déposée dans l'intervalle des mamelons.

On sait que la continuation des expériences sur le remède de mademoiselle Stephens n'a pas tardé à réduire à sa juste valeur la réputation qu'il avait d'abord usurpée. Ce résultat, toutefois, ne doit pas empêcher de nouvelles recherches. On ignorait, en effet, jusqu'à ces derniers temps, que l'économie pût supporter impunément des doses énormes de solutions alcalines. Aujourd'hui que ce fait est acquis à la science, il est devenu nécessaire de se livrer à de nouvelles

expériences, et, je me plais à le dire ici, il est heureux que MM. D'Arcet et Petit aient de nouveau appelé l'attention sur cette question thérapeutique.

M. Leroy résume sa pensée en ces termes :

Tous les médecins n'ont qu'un intérêt, la guérison des malades. Si les eaux alcalines dissolvent réellement les calculs urinaires, toutes les opérations chirurgicales, même les plus bénignes, doivent céder la place. Mais, s'il n'en est pas ainsi, il est à craindre que le mieux être passager qu'éprouvent les malades n'éloigne le moment opportun de procéder à l'opération et ne la rendent plus tard impraticable ou inutile..... L'avenir décidera.

M. *Nonat.* Les alcalis peuvent agir de deux manières sur les calculs : en attaquant leur substance, ou bien en attaquant la matière organique qui lie leurs molécules. Ce dernier mode est le seul admissible pour les calculs de phosphate de chaux, insolubles dans les alcalis. Un fait observé dans le service de M. Breschet confirme cette opinion : un malade portait dans la vessie un calcul dont la nature ne pouvait être déterminée ; il fut mis à l'usage du bi-carbonate de soude à haute dose ; après quelques jours il rendit des fragments de phosphate de chaux, qui, évidemment, s'étaient détachés de lames concentriques et superposées. Ces fragments étaient criblés de porosités.

Quant aux calculs formés d'acide urique et d'urate d'ammoniaque, les alcalis peuvent sans doute les dissoudre. Cependant, ici encore, c'est sur la dissolution de matière muqueuse qui retient les éléments qu'il faut surtout compter. M. Thénard doit publier un travail à ce sujet. C'est sur lui-même qu'il a recueilli d'abord les observations qui en feront la base. Affecté de gravelle, il a fait usage du bi-carbonate de soude à très-haute dose ; s'en étant trouvé bien,

il a conseillé le même moyen à beaucoup d'autres personnes.

C'est particulièrement dans la gravelle que les alcalis conviennent. Nul doute qu'en théorie ils peuvent être efficaces de la même manière dans le cas de calculs de la vessie; mais c'est à l'expérience à démontrer que la pratique est ici d'accord avec la théorie; les faits connus ne peuvent lever tous les doutes.

Je terminerai, continue M. Nonat, par une dernière remarque : c'est que, s'il est vrai que les alcalis peuvent très-souvent être administrés à haute dose sans inconvénients sensibles, il n'en est pas toujours de même. Plusieurs malades ont été obligés de suspendre ou de cesser l'usage des eaux alcalines, parce que leur santé générale en était altérée.

M. Leroy : Ce que vient de dire M. Nonat concernant l'action des alcalis sur le lien organique des particules calculeuses, est connu; M. Petit a employé pour désigner ce résultat le mot de *disgrégation*. C'est cette action qui explique la brisure spontanée des calculs dont j'ai vu beaucoup d'exemples. M. le professeur Jules Cloquet, qui a été témoin d'un certain nombre de faits analogues, a promis un mémoire à ce sujet.

M. le docteur *Petit* lit une note en réponse aux remarques présentées par MM. Leroy et Nonat.

J'avoue, dit M. Petit, que les faits sur lesquels je base mes opinions ne sont pas aussi complets qu'ils pourraient l'être; j'admets que les calculeux soumis à l'usage des eaux alcalines doivent être sondés avant, pendant et après le traitement; j'accorde enfin qu'il n'en est encore qu'un petit nombre qui aient subi cette triple épreuve. Mais, ces concessions une fois faites, je me crois en droit d'avancer que ce n'est pas ma faute si les choses sont ainsi. J'avais fait un

appel à tous les chirurgiens pour les inviter à m'envoyer à Vichy des calculeux après la constatation positive non-seulement de l'existence de la pierre dans la vessie, mais encore de son volume, de son degré de dureté, etc. Je m'étais même engagé à faire les frais du transport des malades trop pauvres pour y subvenir eux-mêmes. Mon appel est resté sans résultat.

Heureusement, les quelques malades venus d'eux-mêmes à Vichy, et que M. Leroy a sondés, peuvent déjà fournir des éléments utiles à la solution de la question.

M. Petit cite ici l'observation de trois malades, qui, atteints de calculs vésicaux constatés par le cathétérisme, ont obtenu des eaux de Vichy les effets les plus salutaires. Le premier, de *Valory*, avait été long-temps en proie aux accidents les plus douloureux du côté de la vessie. Cependant, le calcul qu'il portait n'était pas très-volumineux; au bout d'un mois de traitement, du 16 juillet au 16 août 1837, il rendit quelques fragments de sa pierre dans le bain; il fut tellement soulagé qu'il se crut guéri. Mais il revint de nouveau, en juillet 1838, à Vichy. La sonde rencontra encore dans la vessie plusieurs petits calculs. Quinze jours après la reprise des eaux de Vichy un petit calcul fut expulsé avec l'urine. Ce calcul présente un collet corrodé ; il est entre les mains de M. A. Bérard. Depuis cette époque tous les symptômes ont disparu et le cathétérisme n'a pu rien retrouver dans la vessie.

Le second malade est un paysan d'Auvergne, le nommé Pirel, qui éprouvait dans la vessie de si cruelles douleurs, qu'il fut obligé de renoncer à travailler. Venu à Vichy avec l'espérance d'y être soulagé immédiatement, il ne put être soumis au traitement pendant le temps nécessaire. Le malade voulut absolument retourner à Clermont. Là, d'après l'invitation de M. Petit, il fut sondé par M. le docteur

Fleury, qui a reconnu avec la sonde que le calcul n'égalait pas en volume un crayon de nitrate d'argent, tandis que le même M. Fleury avait constaté, avant le traitement par les alcalis, l'existence d'un calcul égalant le volume d'une noix.

Le troisième malade, nommé Fournier, vieillard de soixante ans, arriva à Vichy le 1er juillet 1838; le calcul qu'il portait était énorme, il égalait le volume d'un œuf de poule. Au bout de quinze ou vingt jours de traitement il sortit par l'urètre plusieurs débris dont l'un avait la grosseur d'un pois. Le 8 août, la sonde constata que le calcu l était réduit au volume d'une noix. Le 30 août l'urine entraîna un morceau de calcul troué à son centre. A partir de ce moment tous les symptômes ont disparu. C'est ce malade que M. Petit a amené à Paris et présenté à M. Leroy, qui l'avait déjà vu. M. Leroy a reconnu ce qui est, c'est-à-dire la persistance d'un très-petit fragment de pierre. Mais comme cet homme ne ressent plus aucune douleur, il ne veut pas croire que sa guérison n'est pas achevée.

Ces faits, sans doute, ajoute M. Petit, ne sont pas assez nombreux pour résoudre définitivement la question. Heureusement le moment n'est pas éloigné où de nouveaux et nombreux essais seront tentés. L'Académie royale de médecine a accédé à la demande que je lui ai faite de nommer une commission. Des calculeux seront examinés par les chirurgiens qui la composent, et seront ensuite envoyés à Vichy. A leur retour les mêmes chirurgiens constateront avec la sonde les résultats obtenus.

En attendant je poursuis le cours de mes recherches. Un calculeux a été traité par moi à Beaujon dans les salles de M. Marjolin, mais il était dans une situation si fâcheuse que les effets du traitement ont été tout-à-fait incomplets. Il y avait eu tentative de lithotritie, et la prostate était en

suppuration. Toutefois l'amélioration a été sensible après l'usage des eaux de Vichy. Le malade étant un ivrogne, a quitté l'hôpital aussitôt qu'il s'est senti moins souffrant, et M. Petit l'a perdu de vue.

Un autre malade, encore en traitement, offre au contraire de grandes chances de succès. C'est M. Julien, directeur de l'atelier des médailles à la Monnaie de Paris. L'existence du calcul se compliquait ici d'un catarrhe très-douloureux de la vessie. Le malade a voulu tenter tous les moyens médicamenteux avant de recourir à une opération chirurgicale. D'après le conseil qui lui a été donné, il s'est mis à l'usage des eaux de Vichy. M. Julien, qui ne pouvait quitter sa chambre, est tellement soulagé qu'il peut aujourd'hui faire de longues promenades à pied et en voiture.

Quel est le mode d'action des eaux alcalines ?

M. Petit partage entièrement à cet égard l'opinion émise par M. Nonat. C'est par la disgrégation des molécules que s'opère presque toujours la destruction des calculs urinaires.

Dans les cas où on a trouvé des plaques d'urate de soude sur les calculs urinaires, quelques personnes ont été portées à voir là une addition de particules nouvelles au lieu d'y trouver la preuve d'une destruction. Mais cette crainte tombe devant les faits. Si on plonge un calcul dans de l'eau de Vichy, en vingt-cinq jours il perd plus de moitié de son volume. La supposition qui nous occupe a été faite à l'occasion d'un calcul rendu par M. de Longperrier. Mais, je ne crains pas de le dire, ce calcul inégal, bosselé, corrodé, est au contraire un des exemples les plus remarquables de l'action destructive des eaux alcalines.

On a encore manifesté la crainte que les eaux de Vichy n'altérassent le sang, d'après les expériences qui tendent à démontrer que ces eaux rendent cette humeur trop fluide. Ma réponse sera bien simple. Certains malades prennent à

Vichy des eaux alcalines en quantités vraiment énormes, et jamais on n'a observé d'accidents qui puissent justifier les appréhensions fondées sur les expériences indiquées.

M. Petit rappelle, en finissant, une allégation qui a été beaucoup répétée, et qui a eu du retentissement : c'est que M. d'Argout aurait pris les eaux de Vichy avant de se soumettre à la lithotritie. La vérité est que M. d'Argout n'est jamais allé à Vichy que pour voir l'établissement.

M. Leroy a écouté avec le plus grand intérêt la communication faite par M. le docteur Petit ; mais il se croit obligé de persister dans l'opinion qu'il a émise, savoir, que la question de la dissolution des calculs par les eaux alcalines n'est pas encore assez éclairée par les faits pour qu'on puisse se prononcer sur quelque point que ce soit à ce sujet.

Relativement à l'idée qu'il est permis de regarder l'urate de soude, formant couche sur les calculs, comme une addition de particules, on peut admettre que l'acide urique libre ou combiné avec certains éléments calculeux puisse s'emparer de la soude contenue dans l'urine et se déposer sur les calculs. Qui pourrait affirmer qu'il n'en est jamais ainsi ?

Enfin, M. Leroy déclare qu'il est à sa connaissance que M. d'Argout n'a pas fait usage des eaux de Vichy avant de subir la lithotritie.

M. Prus : M. Nonat nous a dit que s'il est encore douteux que les eaux alcalines puissent dissoudre complètement les calculs vésicaux, il est certain que ces mêmes eaux ont une action curative manifeste sur certaines gravelles. Le fait que je désire vous signaler rentre dans cette dernière catégorie, mais il me paraît remarquable sous le rapport du diagnostic de la maladie à laquelle la gravelle a succédé ou plutôt avec laquelle elle semble coexister, quoique notablement diminuée.

Un riche marchand de bois de Paris, âgé de cinquante-cinq ans, d'un tempérament nerveux, éprouve, depuis près de douze ans, des douleurs excessivement aiguës, tantôt dans les extrémités supérieures, tantôt et plus souvent dans les membres inférieurs. Ces douleurs sont irrégulières, d'une durée qui ne dépasse guère quelques heures. Elles se montrent aussi bien en été qu'en hiver, plus fréquemment quand le temps est nuageux. M. Fouquier, qui a donné pendant quatre ans ses soins au malade, a cru reconnaître une névralgie erratique. Beaucoup de moyens furent employés avec persévérance sans amendement notable. Des bains calmants et irritants, des frictions narcotiques ou stimulantes; des pilules faites avec le rhus toxicodendron, le vin de Colchique, furent tour-à-tour essayés sans résultat avantageux. Le malade tombait dans un véritable désespoir chaque fois que ses douleurs le prenaient. Je le vis dans un de ses accès les plus forts, et j'avoue qu'il me fut d'abord impossible de caractériser la nature de ces douleurs. Cependant, après plusieurs visites, et à force d'exploration et de questions, je crus reconnaître que souvent les coups de lance, selon l'expression du malade, se faisaient sentir d'abord vers les articulations, et irradiaient ensuite dans les membres en suivant plutôt les aponévroses que les troncs nerveux. Ce fut pour moi un trait de lumière. De nouvelles investigations me donnèrent bientôt la certitude que les articulations du gros orteil étaient quelquefois le point de départ des accidents. J'ordonnai qu'on conservât les urines, et j'y observai un dépôt considérable formé par un sable rougeâtre que je crus être de l'acide urique. Un habile chimiste que notre société compte parmi ses membres, M. Caventou, confirma pleinement l'opinion que je m'étais formée. J'avais évidemment à combattre une goutte erratique et une gravelle pulvérulente formée par de l'acide urique. Je mis le malade

à l'usage de l'eau de Vichy, et je lui conseillai des bains préparés avec quatre onces de bi-carbonate de soude. Cette dose devait être successivement augmentée. Ce traitement, administré avec persévérance, fit, au bout de quelques jours, disparaître complètement l'acide urique remarqué dans les urines. Les douleurs devinrent moins fréquentes et surtout beaucoup moins vives. Je l'envoyai ensuite à Vichy où M. le docteur Petit lui fit prendre d'abord cinq à six verres et ensuite douze et quinze verres chaque jour d'eau minérale. L'acide urique, qui avait reparu dans l'urine après le voyage à Vichy, voyage pendant lequel les eaux alcalines avaient été suspendues, disparut pour tout le temps du séjour à Vichy, trois jours après l'usage du traitement prescrit par M. Petit. Les douleurs que le malade a ressenties à Vichy ont été plus rares et beaucoup moins intenses. De retour à Paris, le malade a continué avec le même succès l'eau de Vichy et les bains alcalins, préparés maintenant avec une livre et demie de bi-carbonate de soude. Toutes les fois que le malade est obligé, pour des affaires de son commerce, de cesser son traitement pendant quelques jours, l'acide urique reparaît momentanément. L'eau de Vichy le fait constamment disparaître. Le malade avait autrefois ce qu'il appelait ses grandes et ses petites douleurs; ces dernières se montrent seules aujourd'hui et à des intervalles de plus en plus éloignés.

M. Nonat demande si l'acide urique existe au moment où les urines sont rendues, ou bien s'il se dépose par le refroidissement, ce qui annonce une affection moins grave.

M. Prus répond que l'acide urique ne se montre qu'après le refroidissement; avant l'usage des eaux alcalines, on pouvait recueillir chaque jour une assez grande quantité d'acide urique pour remplir un dé à coudre.

M. Mérat : Depuis bien des années, j'éprouve des dou-

leurs que l'on a caractérisées de rhumatismales, que d'autres croient dues à la goutte. Ces douleurs sont très-violentes, et quand je les ai éprouvées, mes urines présentent un dépôt d'acide urique. Je n'ai jamais éprouvé aucun avantage des eaux minérales que j'ai prises. Il est vrai que je n'ai pas fait usage des eaux de Vichy. M. Lucas, qui est mort avec la goutte, me les avait conseillées, me disant que c'étaient des eaux sulfureuses déguisées. Je suis peu porté à croire aux bienfaits des eaux minérales en général contre la goutte. Les bains de mer m'ont été plus avantageux.

M. Delens : L'usage de l'eau de Vichy est avantageux dans la goutte vague, et chez quelques malades, quand la goutte est fixée. Je dirai à ce sujet qu'un traitement qui m'a bien réussi dans la goutte aiguë, quand les accès offrent des rémissions, quelque légères qu'elles soient, c'est d'administrer le sulfate de quinine à haute dose. Je conseille ensuite les eaux de Vichy.

M. Nonat : La goutte est une maladie variable, non identique. Quand elle coïncide avec la gravelle, l'usage des eaux alcalines me paraît indiqué : il procure ordinairement des avantages. J'y ai eu recours dans les hôpitaux et j'ai vu plusieurs malades s'en bien trouver. Mais j'ai vu les eaux de Vichy échouer chez des goutteux dont les articulations étaient tellement prises, qu'on pouvait craindre l'ankylose. J'ai en ce moment, dans mon service, une malade attaquée depuis quatre ans d'un rhumatisme goutteux. Broussais l'avait soumise à un régime antiphlogistique; elle s'était confiée ensuite au docteur Turk. Elle n'avait éprouvé aucune amélioration par les traitements conseillés. Le bi-carbonate de soude, que je lui prescrivis, n'eut pas un plus heureux succès. Le sulfate de quinine échoua également. Les articulations restent tuméfiées et douloureuses.

M. Delens fait remarquer que le fait cité par M. Nonat n'est pas un cas de goutte aiguë. Or, selon M. Delens, c'est dans les accès de la goutte aiguë seulement que le sulfate de quinine jouit d'une grande puissance.

M. Chailly : J'ai dans ma clientelle deux faits qui prouvent les bons effets de l'eau de Vichy dans la gravelle. M. N... éprouvait des douleurs de reins se prolongeant dans la vessie. Un calcul se trouva arrêté à l'ouverture du prépuce, qui est chez lui très-étroite. Je dilatai cette ouverture et je fis sortir un calcul pyramidal de 7 à 8 lignes de longueur. L'analyse démontra qu'il était formé d'acide urique. Le malade prit les eaux de Vichy, et depuis deux ans, il ne rend plus de calculs. Bausu, cocher de Charles X, rendait des urines sablonneuses : analysées, elles présentèrent de l'acide urique. L'usage du bi-carbonate de soude le guérit. Bientôt, il renonça à l'emploi de ce médicament, et rendit de nouveau de la gravelle. Il employa avec plus de persévérance l'eau de Vichy, et fut complètement guéri. Je l'ai rencontré dernièrement, et j'ai appris que sa santé est constamment bonne depuis plusieurs années.

M. Mélier : Ce n'est plus de l'action dissolvante des alcalis sur les calculs ou de leur heureuse influence sur les affections goutteuses que je veux parler, mais d'un autre effet non moins remarquable qu'ils paraissent produire. Je fus consulté par une dame qui présentait tous les symptômes d'une lésion des voies biliaires. Les eaux de Vichy furent prescrites à haute dose. Les crises douloureuses s'éloignèrent progressivement ; mais un autre phénomène attira mon attention. Cette dame avait, quoique jeune encore, une corpulence considérable ; et à mesure que les accidents diminuaient du côté du foie, l'obésité diminua aussi d'une manière notable. J'ai communiqué ce fait à M. Roche, qui l'a mentionné dans un de ses articles du

Dictionnaire en 15 volumes. J'étais préoccupé de ce fait, continue M. Mêlier, lorsqu'on me présenta, il y a un an, un jeune homme de seize ans, bien portant, mais d'un embonpoint excessif qui alarmait ses parents. J'ai eu recours aux alcalins sous toutes les formes, et leur usage a été continué pendant un an. Aujourd'hui ce jeune homme, quoique encore très-gras, a beaucoup perdu de l'aspect choquant qu'il présentait. Il a grandi, il est vrai, et il ne faut pas négliger de tenir compte de cette circonstance.

M. Mêlier ajoute que M. Petit a corroboré ses idées sur ces effets des alcalis par des observations analogues. Ainsi, les personnes qui arrivent à Vichy dans un très-grand état d'obésité s'en retournent souvent, comme elles le disent, *en y laissant leur ventre*.

M. Mêlier ne se dissimule pas que bien des expériences doivent être faites avant que l'influence des alcalis sur la sécrétion de la graisse ou sur la graisse sécrétée soit déterminée. M. Petit a promis de s'occuper de ce nouveau point de vue sous lequel l'action thérapeutique des eaux de Vichy peut être envisagée.

M. Tanchou trouverait dans ce que vient de dire M. Mêlier le secret d'un charlatan de Paris qui prétend faire maigrir les personnes trop chargées d'embonpoint. Les pilules qu'il vend sont alcalines.

M. Montault ne conçoit guère que les alcalis puissent diminuer la graisse, puisque les acides ont le même effet.

M. Mêlier fait remarquer que le mode d'action est ici tout-à-fait différent; les acides n'entraînent l'amaigrissement qu'après avoir détérioré l'action de l'estomac. La nutrition souffre consécutivement aux altérations de la digestion. Les alcalis paraissent avoir ici une action spéciale : y aurait-il saponification?

M. Devergie ne pense pas que les alcalis puissent déterminer l'amaigrissement en formant un savon par leur combinaison avec la graisse. La saponification, loin de diminuer le volume du tissu adipeux, l'augmente considérablement.

VARIÉTÉS.

Système décimal appliqué aux poids médicaux. — Histoire d'un fou qui s'est guéri lui-même.

Application du système décimal des poids et mesures à l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

Une loi du 4 juillet 1837 contient, article 3, le dispositif suivant :

« A partir du 1er janvier 1840, tous poids et mesures, » autres que les poids et mesures établis par les lois des » 18 germinal an III et 19 frimaire an VIII, constitutives du » système métrique décimal, sont interdits, sous les peines » portées par l'article 479 du Code pénal. »

En conséquence, et dans la vue d'assurer l'exécution prochaine de cette loi, le gouvernement a consulté l'Académie sur l'application du système des poids décimaux à l'exercice de la médecine et de la pharmacie. L'Académie a répondu par un rapport, dont nous avons donné l'analyse et les conclusions dans le précédent cahier de la *Revue médicale* (page 129 de ce volume). Dans la même séance où ce rapport a été lu et discuté, la commission, pour faciliter l'application du nouveau système, a fait distribuer à toutes

les personnes présentes à la séance un petit tableau imprimé des nouveaux poids comparés avec les anciens. Ce tableau est ainsi conçu :

Poids anciens.	Valeur exacte.		
Livre. . . .	1/2 kilogramme	moins	1/3 d'once.
Once. . . .	3 décagrammes	plus	11 grains.
Gros	4 grammes	moins	3 grains.
Grain. . . .	5 centigrammes	plus	1/17 de grain.

Poids anciens.	Valeur très-rapprochée.	
Livre. . . .	1/2 kilogramme	ou 500 grammes.
Once	3 décagrammes	ou 30 grammes.
Gros	4 grammes.	
Grain. . . .	5 centigrammes.	

Les rapports des poids anciens avec les poids nouveaux étant ainsi bien établis, dit la commission, malgré toute la rigueur que comportent nos formules dans leurs diverses doses, et cette rigueur nous la prenons au sérieux, quelle que soit la substance que l'on manie, il est évident qu'il y a des fractions minimes, à ce point qu'on peut les ajouter ou les supprimer sans conséquence.

On peut, par exemple, sans nul souci, négliger sur la livre un tiers d'once, c'est-à-dire un quarante-cinquième de livre, et représenter assez exactement la livre par le demi-kilogramme; sur 1 once négliger 11 grains, c'est-à-dire 1/53 d'once, et rendre l'once par 3 décagrammes; sur le gros négliger 3 grains ou 1/24 de gros, et traduire le gros par 4 grammes; représenter assez exactement le scrupule par le gramme, et finalement, par rapport au grain, négliger la fraction de 1/17 de grain, et exprimer le grain par 5 centigrammes.

C'est ainsi que la transition assez récente de la livre poids

de marc à la livre métrique, avec leurs subdivisions, s'est opérée sans causer de dommage.

Ajoutons que pour les médecins le grain est, dans les trois subdivisions de la livre, le poids qu'il importe le plus de fractionner très-rigoureusement. Or, les 5 centigrammes des poids nouveaux, qui se divisent naturellement par 5 unités, offrent cet avantage à un degré bien supérieur au grain des poids anciens, dont les fractions ne s'obtenaient que d'une manière indirecte.

Histoire d'un fou qui s'est guéri deux fois malgré les médecins, et une troisième fois sans eux ; années 1832, 1834 et 1836. Broch. in-8°.

Tel est le titre d'une brochure publiée sous les plus saintes invocations, par un homme dont nous ne croyons pas devoir révoquer en doute la sincérité et la bonne foi, quoiqu'il soit lui-même le héros de son histoire. Nous aurions aimé n'avoir que des éloges à donner à cette œuvre; mais c'est un devoir pour nous de dire notre pensée tout entière sur une publication, qui, quelles que pures que puissent être les intentions de l'auteur, n'en est pas moins digne de blâme sous plusieurs rapports. Si l'auteur, M. Chardonnel, trouve notre jugement un peu sévère, qu'il ne s'en prenne qu'à lui-même. C'est lui qui nous a sollicité, prié, pressé de rendre compte de son œuvre, et de dire publiquement ce que nous eussions voulu ne lui dire qu'en particulier. Nous disons d'abord que cette publication est mauvaise sous le rapport religieux. Que votre foi soit raisonnable, a dit St-Paul. Dans l'ouvrage que nous examinons, si nous voyons de la foi, nous la voyons s'agiter

dans le délire. Aussi n'hésitons-nous pas à dire qu'une telle lecture est dangereuse. Elle est dangereuse pour celui qui ne croit pas, parce que disposé à ne voir que folie dans la religion chrétienne, il croit trouver dans cet ouvrage une confirmation de sa pensée. Elle est dangereuse pour celui qui n'a pas une foi éclairée, parce qu'elle peut le jeter dans le délire ; on ne saurait croire combien un tel délire est contagieux.

Sous le rapport médical, cette brochure est pleine d'opinions erronées, de ces opinions telles qu'en ont les gens du monde, lorsqu'ils veulent parler de la médecine qu'ils ignorent. Je n'en citerai qu'une. L'auteur dit quelque part : « Quant aux saignées quelconques, elles détruisent la vie.» — *Ab uno disce omnes.*

Sous le rapport de la justice, cette brochure mérite encore des reproches. Elle présente les maisons d'aliénés sous un aspect véritablement hideux, en leur imputant des faits et des désordres qui n'ont aucune vraisemblance. Je le sais, il y a encore beaucoup à faire pour les aliénés, mais les améliorations doivent être dirigées vers le traitement moral. Pour le traitement physique, on ne saurait aller au-delà de ce qu'ont fait M. Esquirol, d'abord, et ensuite MM. Falret et Voisin, entre autres (1).

(1) En visitant l'établissement de MM. Falret et Voisin, à Vanvres, on est saisi d'admiration. Tout est disposé pour faire oublier à ses malheureux habitants (j'allais dire à ses heureux habitants) qu'ils sont dans une maison d'aliénés ; c'est un immense parc avec tous ses accidents de terrain, sa prairie, sa rivière et ses charmants batelets, ses allées gracieusement sinueuses, ses touffes d'arbres jetées avec un art ravissant, ses clairières et ses massifs si largement dessinés, ses points de vue si étendus, si divers. Quitte-t-on le parc, on entre dans une ferme, et de la ferme on va dans une déli-

M. Chardonnel n'est pas plus juste envers les médecins qu'envers les maisons d'aliénés. Mais ne nous étonnons pas de la rigueur de ses jugements : elle résulte de la nature même de sa maladie, et des souvenirs pénibles qui lui sont restés de son long séjour dans les maisons d'aliénés. Quant à sa conviction qu'il s'est guéri deux fois malgré les médecins et une troisième fois sans eux, nous ne nous y arrêterons pas. Nous dirons seulement qu'une chose qu'il ne croit pas, et qui est cependant pour nous bien évidente, c'est qu'il n'était pas encore guéri quand il a écrit son ouvrage, et que peut-être ne l'est-il pas tout-à-fait encore, à en juger par le titre d'un nouvel ouvrage qu'il annonce dans les termes suivants :

LE TEMPS DANS L'ÉTERNITÉ,

Coup-d'œil général, où il est traité de la folie et de beaucoup d'autres choses qui intéressent les honnêtes gens.

DÉDIÉ AU PRÊTRE DE LA SCIENCE.

Mais revenons à la brochure dont nous avons à rendre compte. A part, les défauts que nous venons de signaler, elle présente quelque intérêt, comme révélation de l'état intérieur de l'homme pendant la folie. Et, d'abord, ce n'est pas ce qu'a vu, ce qu'a entendu M.

---

cieuse vallée, avec son pavillon dans le lointain, et, sur le premier plan, une source vive qui doucement épanche une eau limpide dont le murmure vraiment magnétique semble avoir la puissance de guérir ou de charmer toute douleur.... Je m'arrête, car ce n'est pas une description de Vanvres que j'ai à faire, et je n'en finirais pas si je voulais promener le lecteur dans chacun de ces pavillons isolés, dont l'ensemble répond à une classification complète des maladies mentales.

Chardonnel, dans l'exaltation de son esprit, qui constitue en lui une véritable folie. Ces visions ravissantes, ces chants divins, ces images suaves, tout cela peut naître dans l'esprit de l'homme le plus raisonnable, sans témoigner contre sa raison. Tout cela n'est pas, comme la psychologie physiologique l'a prétendu de nos jours, un délire sensorial; car la raison n'étant pas dans les sens, le délire qui est l'aberration de la raison ne peut pas s'y trouver davantage; c'est tout simplement une perception de notre esprit, une modalité de notre âme. Ainsi donc, ce que M. Chardonnel sentait, il le sentait réellement, ce qu'il voyait, il le voyait réellement; et ce qu'il voyait, comme ce qu'il sentait, *était* réellement *en lui* dans le temps qu'il le sentait et qu'il le voyait; car, si cela n'avait pas été, il ne l'aurait ni vu, ni senti, le néant n'ayant aucune propriété. Ce qu'il voyait, ce qu'il sentait n'était donc pas un délire sensorial; c'était une perception de son âme, c'était une modalité de son esprit, qui, en conséquence des lois de l'union de l'âme et du corps, étant modifié dans sa manière d'être par suite de quelques altérations survenues dans la substance du cerveau, avait des sentiments en rapport avec ces modifications. Mais si M. Chardonnel ne se trompait ni sur ce qu'il voyait, ni sur ce qu'il sentait, il se trompait du moins complètement sur ce à quoi il rapportait ce qu'il voyait et ce qu'il sentait; car cela seul n'avait rien de réel, et c'est là que commençait sa folie. Il y avait folie à lui, en effet, de supposer hors de lui ce qui réellement n'existait qu'au-dedans de lui; à rapporter à des corps ce qui n'était qu'une simple perception de son esprit; à répandre sur des choses extérieures des qualités qui n'étaient que des modalités de son âme; à prendre enfin pour un objet ce qui n'était que *mœra objecti representatio*, une pure représentation de l'objet, une simple idée. Mais,

pour n'être qu'une idée, tout cela n'en était pas moins en lui quelque chose d'existant réellement, c'était l'image d'un objet, c'était son étendue intelligible, c'en étaient les lignes. Aussi M. Chardonnel dit-il : « Je considérais ces » choses comme on considère les lignes d'un dessin. » C'étaient véritablement les lignes des objets qu'il voyait, et il ne pouvait voir que ces lignes. Il les voyait quelquefois très-nettes et très-distinctes, comme celles (page 15) qui formaient une belle tête d'homme vigoureux. Ce qui prouve que ces images n'étaient que de simples perceptions de son esprit, c'est qu'il chassait quelquefois ces images d'un coup-d'œil. Or, ce coup-d'œil n'était autre chose qu'un acte de sa volonté, qui, modifiant la manière d'être de son esprit, en modifiait par cela même la manière de sentir ; et comme les images ne sont que des perceptions de notre esprit, il en résultait nécessairement que l'image devait s'évanouir en même temps que la modalité de son esprit, qui la percevait, cessait d'exister.

Quelquefois M. Chardonnel formulait en gestes extraordinaires les pensées qui l'occupaient. Cela devait être. Tout le délire de M. Chardonnel n'étant qu'une conversation du malade avec lui-même, il devait, pour donner plus d'énergie, plus de vie à ses pensées, pour se les faire mieux sentir, il devait, dis-je, être poussé à les mettre en action, à les rendre extérieures d'intérieures qu'elles étaient, à leur donner un corps, afin de les voir des yeux du corps, si je puis ainsi m'exprimer. Ainsi, lorsqu'en parlant on sent que la personne à qui l'on s'adresse ne comprend pas notre pensée, on essaie, par le ton que l'on donne à ses paroles, par les gestes dont on les accompagne, à les faire mieux saisir, à les rendre plus sensibles; car les gestes, comme la parole parlée, sont le verbe extérieur de l'esprit ; aussi le geste est-il la moitié de l'orateur.

Continuons l'examen de l'homme intérieur dans M. Chardonnel.

Il entre dans une chambre et la voit pleine de fumée : il fait dessus le signe de la croix, et la vapeur disparaît à l'instant. Comment agit ici le signe de la croix ? Extérieurement il ne produit rien, car il n'y a rien sur quoi il puisse agir. Il agit comme acte intérieur du sentiment religieux qui domine M. Chardonnel. Le sentiment religieux qui a produit ce signe de croix a produit aussi la foi dans la puissance de ce moyen, par suite la foi dans le succès de ce moyen, et partant le succès lui-même. Car tout est logique dans l'homme intérieur : dans l'état de raison, c'est la raison qui éclaire ses idées ; dans l'état de folie, ce sont ses sentiments qui les mettent en mouvement : de là, les ténèbres et les fantômes, les imaginations et le délire. La raison, au contraire, éclaire tous les esprits par les idées intelligibles qu'elle leur découvre. Au reste, comme les idées, les sentiments sont logiques ; aussi chaque sentiment a-t-il son langage, son rhythme, sa marche, son mouvement, son allure et ses images favorites. Sans cela, il n'y aurait ni poétiques, ni beaux-arts. Mais, non-seulement chaque sentiment produit logiquement certaines images, certaines idées, certains mouvements, mais encore seul il les conserve. Aussi, lorsqu'un sentiment s'éteint, les images qu'il avait produites, les idées qu'il avait mises en mouvement s'évanouissent. La mobilité des images et des idées dans la folie ne vient donc que de la mobilité des sentiments. Chacun d'eux, dans la grande *aria* de la folie, motive ses idées, ses actes, comme, dans une phrase musicale, le motif de l'air détermine les notes qui en découlent.

L'homme n'agit donc jamais sans motif, pas plus dans l'état de folie que dans celui de raison. Ses actes, ses idées sont donc toujours logiques, car il ne saurait y avoir d'effet

sans cause. Cherchons donc quel fut le motif de toutes les pensées, de toutes les visions, de tous les actes de M. Chardonnel ; et, le motif connu, nous aurons la clé de sa folie, nous en aurons la raison, si je puis ainsi parler. Ce motif se trouve dans les premières lignes de sa brochure, et cela devait être ; car dans toute composition littéraire, comme dans toute composition musicale, le motif s'annonce, se manifeste de lui-même dès le début.

« Une idée nouvelle, dit M. Chardonnel, s'était emparée » de mon être, et comme je la trouvais très-belle, je vou- » lais lui appartenir, et je tremblais, au moindre mouve- » ment, qu'elle ne m'échappât. J'oubliai tout ce qui m'en- » tourait, et je m'ensevelis en quelque sorte en moi-même.»

Chez M. Chardonnel, nous le voyons, apparaît une idée nouvelle, c'est-à-dire une manière de sentir nouvelle ; car toute idée, considérée en dehors de sa réalité intelligible, étant une modification de notre âme, une perception de notre esprit, suppose, dans celui qui la perçoit, un sentiment qui la saisisse et la retienne, qui la mette en mouvement, si je puis dire ainsi, et qui la conserve. Nous ne pouvons comprendre comment cette manière de sentir, et par conséquent cette manière d'être, s'est produite chez M. Chardonnel ; mais ce que nous comprenons facilement, c'est que cette manière d'être, et partant de sentir, une fois établie en lui, a dû nécessairement, logiquement, produire le désordre *apparent* de son esprit. Je dis *apparent*, car il ne faut pas oublier que tout se liait, que tout était logique dans sa folie. M. Chardonnel, amoureux d'une pensée qu'il trouvait belle, était dans un état identique à celui d'un homme amoureux d'une personne qu'il trouve belle aussi. Il veut lui appartenir, comme celui qui aime veut que l'objet de son amour lui appartienne tout entier. Tous deux tremblent à chaque moment, l'un que sa pensée

ne lui échappe, l'autre de perdre l'objet de son amour. Aussi, M. Chardonnel a-t-il toujours l'œil de son esprit fixé sur son idée chérie, et la couve-t-il du regard de sa pensée. L'amoureux, de son côté, voit constamment en lui la femme qu'il aime, et cette image n'est autre chose qu'une perception de son esprit, qu'une modalité de son âme, que sa pensée en un mot. Chacun d'eux sourit à sa pensée, la caresse de l'âme, lui parle en esprit, l'écoute du cœur, et lui répond de même. Il s'établit en eux un langage de pensée à pensée, langage mystérieux auquel l'homme ne peut s'abandonner trop long-temps, sans que son imagination, qui tend toujours à se rapprocher de la sensation autant que son esprit à s'en éloigner, ne finisse par lui faire oublier que ce qu'il sent n'a une existence qu'en lui, et ne le porte à *objectiver* les perceptions de son esprit. Quand cette *objectivation* se fait, la raison n'existe plus, la folie a commencé; mais la folie, nous le répétons, toute folie qu'elle est, a sa raison, a ses motifs d'idées et d'actions. Ce motif est quelquefois un sentiment unique, comme dans le monomane, ou une succession de sentiments divers, comme dans la manie. Chacun de ces sentiments est le principe moteur de tout ce qui constitue le délire qui lui est relatif. Que le monomane amoureux évoque le nom de celle qu'il aime, et aussitôt des idées, des images, des expressions, des gestes arrivent en foule, motivés par le sentiment qui les a inspirés. Que M. Chardonnel, dominé par le sentiment religieux, prononce le nom d'*Adonaï*, et aussitôt il se fait en lui une nouvelle lumière, son esprit s'abandonne à une contemplation *inénarrable* des grandeurs de Dieu. Si ce nom eût traversé l'esprit d'un impie, il n'eût excité qu'un sourire sur ses lèvres, et réveillé le cynisme dans son cœur. On le voit, nos idées naissent de nos sentiments et varient suivant le sentiment

qui les met en mouvement. Je m'explique, car on pourrait se tromper sur le sens que j'attache à ces mots : nos idées naissent de nos sentiments.

Toutes les idées étant des modifications de l'étendue intelligible, comme tous les corps sont des modifications de l'étendue matérielle, nos idées ne sont donc pas, quant à leur réalité intelligible, des modifications de notre esprit, ne naissent pas de nos sentiments; mais la perception que nous en avons étant une modification de notre esprit, nos idées cessent nécessairement d'exister *en nous*, quand la modification de notre esprit, qui les percevait, cesse d'exister. Nos idées naissent donc, en un certain sens, de nos perceptions, de nos sentiments, comme elles disparaissent avec eux.

Revenons à M. Chardonnel. Il semble croire qu'il n'était pas fou, parce que, pendant sa folie, il n'a pas fait une action de quelque valeur sans s'en rendre bien compte. C'est une erreur de sa part; car il ne suffit pas, pour qu'une action soit raisonnable, qu'elle soit motivée : il faut qu'elle soit raisonnablement motivée.

M. Chardonnel attribue sa guérison à sa foi. Je n'ai aucune raison pour m'inscrire en faux contre son opinion ; mais je crois que peut-être M. Chardonnel n'eût jamais été fou, s'il eût eu une foi plus raisonnable ; car il est pour moi hors de doute que de tous les moyens propres à préserver de la folie quelqu'un qui en est menacé, le plus efficace c'est la foi; mais une foi simple, humble et raisonnable, une foi *à la grosse mode*, comme disait saint François de Salles. L'âme qui s'abaisse devant Dieu et accepte avec une parfaite soumission tous les événements de la vie, est le plus à l'abri de la folie. En effet, qu'un homme sans foi éprouve un grand revers de fortune, une grande douleur domestique, il perd la tête, il se tue. Dans les mêmes

circonstances, l'homme de foi, à l'exemple de son divin maître, trouve le calice dont Dieu l'abreuve bien amer, mais il dit à son père : « Mon père, qu'il soit fait suivant votre volonté, et non pas suivant la mienne. » De ces deux hommes, quel est celui qui est dans la raison, et par conséquent dans la vérité ? N'est-ce pas l'homme de foi ? Tous les deux meurent : mais l'un meurt corps et âme, si je puis ainsi dire, et sans retour ; l'autre meurt à lui-même, en immolant sa volonté, et trouve la plénitude de la vie. Il est maître de lui, il sait que l'homme ne se possède que dans une grande patience, et aux grandes douleurs qui l'assaillent, il oppose une grande résignation ; et sa raison sort plus ferme et plus éclairée des épreuves auxquelles elle est soumise. C'est ainsi que la foi ne conserve pas seulement la pureté du cœur de l'homme, elle conserve encore l'intégrité de sa raison ; elle protège l'un contre les passions, et elle préserve l'autre de la folie.

Il ne sera peut-être pas sans intérêt de rapprocher de l'observation de M. Chardonnel celle d'un jeune homme à qui j'ai donné des soins dans la maison de santé de madame Marcel Ste-Colombe (1), avec un de nos plus estimables confrères, M. Vallerand-Delafosse, médecin de cet établissement.

M. Alphonse, âgé de vingt-cinq ans, maniaque, était depuis plusieurs mois dans cette maison de santé ; son état mental semblait s'amender chaque jour, lorsque tout-à-coup il s'élance de sa baignoire, s'enfuit tout nu dans le jardin et le parcourt en criant : Voilà l'homme, voilà l'homme au naturel ! On le saisit, on le transporte dans sa chambre ; j'ac-

---

(1) Cette maison de santé est située rue Picpus, n. 6 bis. Fondée depuis près d'un siècle, elle est consacrée surtout aux maladies mentales.

cours auprès de lui, et, comme je lui reprochais sa conduite : Docteur, me dit-il, vous ne me comprenez pas ; je suis guéri. Oui, je suis guéri, répéta-t-il, je vous l'assure.

M. Alphonse voyant que ma figure exprimait un sentiment contraire, ajouta aussitôt : « Ce matin je me suis dit ;
» Ah ! çà, Alphonse, il faut régler tes comptes avec la folie.
» Voilà déjà bien long-temps que tu végètes dans les maisons
» de fous, et cette vie n'a rien d'amusant ; car tu connais
» maintenant toutes les espèces de folies qu'elles renfer-
» ment. Vois donc si tu préfères user d'un seul coup ce qu'il
» te reste encore de folie, ou bien la dépenser en petite
» monnaie. Je ne me suis pas arrêté à cette dernière idée; car
» je ne voyais pas le terme de mes ennuis; et d'ailleurs,
» dans ce cas, il m'aurait fallu aller à Charenton, afin d'y
» observer quelques types de folie que je n'eusse pas encore
» vus, et Charenton me répugnait. J'ai donc opté pour la
» première idée. Alors je me suis demandé quelle était la
» folie la plus grande que pût faire un homme? J'ai long-
» temps cherché inutilement. Pendant que j'étais absorbé
» dans mes réflexions, on est venu me prendre pour aller au
» bain, j'y suis allé machinalement, toujours préoccupé de
» ce que je cherchais. Tout-à-coup une idée a éclairé mon
» esprit ; j'ai vu que la folie la plus grande que pût faire un
» homme, était de se montrer tout nu, et aussitôt je me suis
» élancé hors de ma baignoire pour réaliser cette folie. J'é-
» tais fou avant de faire cette folie, j'étais fou en la faisant;
» mais je ne suis plus fou maintenant. »

En effet, M. Alphonse ne donna plus, dès ce moment, aucun signe de folie. Il quitta bientôt la maison de santé. Quelques mois après, je le vis à Nîmes : il venait de la foire de Beaucaire, où, sous une température de plus de 30 degrés, il avait tenu une forte maison de commerce. Il était parfaitement sain d'esprit.

Résumons cette observation. — M. Alphonse est maniaque; *il croit* que s'il fait un grand acte de folie il sera guéri; *il croit* que se montrer nu est le plus grand acte de folie que puisse faire un homme, il se montre nu, et *il croit* qu'il est guéri. Ainsi donc, trois sentiments profonds ont amené une guérison que les traitements physiques les mieux dirigés, dans diverses maisons de santé, n'avaient pu produire; mais comment ces trois sentiments ont-ils pu avoir un tel effet? rien de plus facile à expliquer. Tout sentiment est une modification de l'âme; or, en conséquence des lois de l'union de l'âme et du corps, une modification de l'âme ne peut exister sans qu'il existe en même temps une modification déterminée du cerveau. Donc, les sentiments que nous avons indiqués dans M. Alphonse, n'ont pu exister en lui sans être accompagnés de certaines modifications dans la manière d'être de son cerveau, et c'est à ces modifications, vives comme les sentiments qui les ont fait naître, qu'a été due sa guérison.

A. F.

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Lettres sur le Magnétisme et le Somnambulisme à l'occasion de mademoiselle Pigeaire; par le docteur Frappart.

Nous ne connaissons pas d'ouvrage moins propre que ces lettres à inspirer de la confiance pour les faits merveilleux du somnambulisme. Le principal caractère de cette publication, c'est un défaut de dignité qui étonne et attriste, c'est un cynisme qui repousse. Mais ne nous occupons que du fait de mademoiselle Pigeaire, qui a motivé ces lettres.

« Oui, nous sommes des *niais*, dit M. Frappart, page 22, *si nous* » *croyons*, sans les avoir *vingt fois constatés*, aux faits magnéti- » ques, *à celui de mademoiselle Pigeaire*, par exemple.»

Ainsi donc, de l'aveu de M. Frappart, le fait de mademoiselle Pigeaire n'a aucune valeur s'il n'a été vingt fois constaté, et celui qui y croit à la première vue n'est qu'un *niais*. Voyons donc comment M. Frappart a procédé dans l'appréciation de ce fait. La première fois qu'il voit mademoiselle Pigeaire lire à travers un bandeau, il écrit à un de ses amis : *Ma conviction est maintenant complète, profonde, inébranlable*. Jugeant cette conviction, ainsi que M. Frappart lui-même désire qu'elle soit jugée, nous la regardons comme... Nous sommes trop polis pour achever. Et quant aux six autres séances dont parle ce médecin, nous ne portons sur elles aucun jugement, parce que dans la relation qu'il en a faite nous n'avons vu qu'une chose : l'habileté qu'il a déployée pour surprendre quelques signatures ; or cette grande habileté détruirait toute la valeur de ces signatures, alors même qu'elles en auraient. Nous sommes plus difficiles que M. Frappart, et, avec lui, nous ne sommes pas prêts à nous écrier : Mademoiselle Pigeaire a lu, George Sand a signé : Victoire ! F.

OEuvres complètes de John Hunter, traduites de l'anglais par G. RICHELOT, etc. (1).— 5e, 6e et 7e livraison, avec *atlas*.

M. Richelot poursuit son œuvre avec zèle ; les livraisons parues en dernier lieu comprennent le *Traité des maladies des dents* et le traité justement célèbre *de la syphilis*. Le traducteur a enrichi le texte de notes nombreuses et étendues ajoutées par M. Ricord. Il y a à cela un grand avantage et quelques inconvénients. L'avantage se trouve dans l'intérêt fort grand qu'offrent les notes en elles-mêmes et dans la réfutation de quelques erreurs de doctrine ou de pratique échappées au chirurgien anglais. Les inconvénients sont :

---

(1) Voir les numéros de décembre 1838 et mars 1839 de la *Revue*.

l'embarras où se trouve le lecteur placé quelquefois entre deux assertions complètement opposées, l'espèce de tort fait à l'*originalité* primitive de l'auteur, et surtout l'établissement comme *principe* d'opinions qui ne sont pas toutes suffisamment sanctionnées par le temps et l'expérience. Je lis, par exemple, au bas de la page 186, la note suivante de M. Ricord : « J'ai soutenu avec Bell et autres que la blennorrhagie urétrale chez la femme est plus commune qu'on ne le croit généralement; mais l'expérience de tous les jours prouve que *la vaginite est encore plus fréquente.* » Eh bien, selon moi, l'expérience de tous les jours prouve précisément le contraire. Autant valait laisser subsister l'assertion de Hunter que de la combattre par une autre également contestable. De même, à la p. 192, M. Ricord soutient dans une note que la muqueuse de l'urètre est, *comme toutes les autres muqueuses*, susceptible d'ulcération, ce qui ne répond en aucune façon à l'assertion de Hunter qui affirme, lui, que s'étant particulièrement occupé de ce point d'anatomie pathologique, il a ouvert l'urètre d'un très-grand nombre de sujets atteints de gonorrhée, sans jamais y trouver une seule ulcération. Plus loin, à la page 196, une autre note de M. Ricord dit positivement qu'il n'y a de blennorrhagie virulente que celle qui est compliquée ou qui dépend d'un chancre caché. Cette assertion plus explicite, et aussi plus sujette à contestation, est, à la vérité, en opposition directe avec l'opinion de Hunter, mais elle est loin de pouvoir être regardée comme démontrée dans l'état actuel de la science. Je pourrais assurément multiplier beaucoup et développer ces remarques ; mais j'en ai assez dit, je crois, pour justifier ma manière de voir. Quoi que fasse M. Richelot, les œuvres de J. Hunter ne pourront jamais constituer un traité classique à la portée des étudiants. La lecture ne saurait en être utile qu'aux esprits éclairés et mûris par l'étude et l'observation. Si quelques notes sont nécessaires, ce sont surtout celles qui ont pour but de développer la pensée de l'auteur ou de la rendre plus facilement intelligible. Il faut néanmoins tenir compte à M. G. Richelot du zèle qui le porte à enrichir son œuvre de toutes les additions que comportent les progrès de la science. Il faut surtout lui savoir gré du soin constant qu'il a mis à rendre sa traduction aussi claire que correcte. Les planches litho-

graphiées, dont 27 déjà ont paru, sont aussi exécutées avec beaucoup de talent. En sorte qu'on peut dire avec vérité que jusqu'ici l'éditeur a tenu toutes ses promesses.

G.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

De l'Irritation et de la Folie, ouvrage dans lequel les rapports du physique et du moral de l'homme sont établis sur les bases de la médecine physiologique ; par J.-V.-F. Broussais, membre de l'Institut de France, inspecteur-général du conseil de santé des armées, professeur à la Faculté de médecine de Paris. — Deuxième édition considérablement augmentée par l'auteur, publiée par son fils Casimir Broussais, professeur à l'hôpital militaire de perfectionnement du Val-de-Grâce, etc. 2 volumes de 600 pages chacun. — Prix, 15 francs.

Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine. — A Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

Résumé des Leçons de médecine opératoire acoustique, professées à l'École pratique de médecine de Paris par Paul Fabrizj, de Modène, docteur en médecine et en chirurgie.

Traité pratique des maladies du cœur, contenant des recherches historiques, anatomiques et physiologiques spéciales sur cet organe ; par J. Pigeaux, D.-M. de la Faculté de Paris ; ouvrage dédié à M. le professeur Andral. — Un fort vol. in-8° de 800 pages. Prix : 7 fr.; franco par la poste, 9 fr. 50 c.

Paris, à la librairie des sciences médicales de Just Rouvier, rue de l'École-de-Médecine, 8.

De la compression contre les tumeurs blanches des parties dures; par le docteur V. de Lavacherie, professeur de clinique chirurgicale à l'université de Liége, etc. — In-8°. Prix, 2 fr. 50 c. A Paris, chez J.-B. Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Essai sur une nouvelle méthode d'opérer la cataracte; par le docteur S. Furnari. — Chez Crochard et Comp., libraire, place de l'École de-Médecine.

NÉO-PHYSIOLOGIE DU GOUT,

par ordre alphabétique,

OU DICTIONNAIRE GÉNÉRAL DE LA CUISINE FRANÇAISE

ANCIENNE ET MODERNE,

Ainsi que de l'office et de la pharmacie domestique; ouvrage où l'on trouvera toutes les préparations nécessaires à la confection des aliments nutritifs ou d'agrément, à l'usage des plus grandes et des plus petites fortunes; publication qui doit suppléer à tous les livres de cuisine dont le public n'a que trop expérimenté le charlatanisme, l'insuffisance et l'obscurité; enrichi de plusieurs menus, prescriptions culinaires et autres opuscules inédits de M. de la Reynière, auteur de l'*Almanach des gourmands*; suivi d'une collection générale des menus français depuis le douzième siècle; et terminé par une **PHARMACOPÉE** qui contient toutes les préparations médicales dont l'usage est le plus utile et le plus familier. — Dédié à l'auteur des mémoires de la marquise de Créquy. — 1 vol. in-8° du plus grand format, de 550 pages, imprimé à deux colonnes. — Paris, 1839, au bureau du *Dictionnaire général de cuisine*, 16, boulevard Montmartre. — Imprimé par Béthune et Plon.

REVUE MÉDICALE.

(*Septembre 1839.*)

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

MÉMOIRE

POUR SERVIR A L'ÉTUDE DE L'HYGIÈNE,

ET

A L'ÉTABLISSEMENT D'UNE CLASSIFICATION DES MATIÈRES DE CETTE SCIENCE;

PAR M. MONNERET,

Agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Quand on jette un coup-d'œil sur les maladies qui affligent l'espèce humaine, on voit qu'elles procèdent de deux sources très-différentes : les unes, les plus nombreuses sans contredit, sont déterminées par l'influence exagérée ou insuffisante des agents extérieurs ; l'air froid, par exemple, venant à agir sur les corps, détermine une pneumonie, une pleurésie, etc.; et, quoique l'on puisse soutenir avec quelque apparence de raison, que les organes étaient prédisposés, on ne peut toutefois hésiter à reconnaître que l'agent extérieur est bien la cause déterminante de la maladie. Un autre ordre d'affections paraît indépendant de toute circonstance extérieure ; il faut en chercher la cause dans les conditions organiques et physiologiques qui se sont déve-

loppées chez l'individu, ou dans celles qu'il a apportées en naissant. Les fatalistes ont singulièrement exagéré le nombre de maladies qui surgissent de cette manière : quelques-uns même, surtout parmi les vitalistes, ont refusé aux modificateurs toute influence sur la production des maladies. Bien que cette idée nous paraisse trop exclusive, nous pensons que le point de départ d'une foule d'affections doit être cherché dans l'organisme lui-même, et que l'action des agents extérieurs ne pourrait à elle seule expliquer leur développement, et en particulier les lésions qui se montrent peu de temps après la naissance, bien avant que les modificateurs aient eu le temps d'agir. Quoi qu'il en soit, il n'en est pas moins vrai que l'étude des modificateurs est ce qu'il y a de plus important pour le médecin, puisqu'il peut agir sur lui seul, le diriger dans son action, souvent même le contrebalancer ou le remplacer par un autre; tandis que son pouvoir est plus limité et plus restreint, quand il faut qu'il modifie un organe ou une fonction; lors même qu'il y parvient, c'est encore parce qu'il a prise sur les organes par l'intermédiaire des modificateurs.

Avant d'exposer les bases d'une classification sur laquelle j'ai long-temps médité, et qui m'a toujours dirigé dans mes cours, je crois nécessaire de bien déterminer ce que l'on doit entendre par modificateurs et comment ils agissent.

J'entends par modificateur tout corps solide, tout fluide pondérable ou impondérable pouvant agir sur le corps de l'homme d'une manière physique, chimique, ou suivant un autre mode dont nous n'apercevons que les effets; j'entends encore par modificateur tous les organes en fonctions pouvant influencer un ou plusieurs autres organes. Le mot agent n'exprime qu'une idée incomplète, parce

qu'il ne peut s'appliquer aux organes en fonction, et parce qu'il ne fait pas assez comprendre qu'un corps ne peut agir sans modifier ; toute action implique une réaction sans laquelle il n'y a pas de vie, d'existence possible. Or, l'on sait très-bien que la vie n'est qu'une suite non interrompue de modifications survenues dans l'organisme vivant par suite de l'impression des corps qui nous environnent. Si on suppose que les organes cessent un seul instant de recevoir cette stimulation physiologique, ils ne tardent pas à périr, lors même qu'ils conservent leur structure et leur irritabilité normales.

Les modificateurs peuvent-ils être divisés en généraux et en spéciaux ? Cette question dont la solution a exercé une grande influence sur l'établissement des classifications, mérite de nous arrêter un instant. Il existe, en dehors du corps de l'homme, une série de modificateurs dont l'étude ressort de la physique et de la chimie, qui nous en font connaître les propriétés. Ces modificateurs sont la pesanteur ou attraction, le calorique, le froid, la vapeur d'eau, la lumière, l'électricité, le fluide magnétique, etc. Ces divers agents sont indispensables à la vie : il n'est pas un organe, pas un tissu, pas une molécule vivante qui n'en reçoive une influence sensible. Le calorique ne fait pas seulement impression sur la peau, la vapeur d'eau sur le poumon, sur la peau ; tous parviennent avec une grande rapidité dans la profondeur des tissus. Sans doute ils s'introduisent par des points limités du corps ; envisagés sous ce point de vue, tous les modificateurs seraient spéciaux, puisqu'ils franchissent nécessairement les trois grandes surfaces du corps, la peau, le poumon, l'intestin. Mais il est évident que ce serait prendre une idée fort incomplète des modificateurs

que de s'arrêter ainsi à ces premiers effets. Disons même que le médecin qui se dirigerait d'après cette considération ne tirerait qu'un mauvais parti de l'étude de l'hygiène. Le modificateur le plus spécial en apparence et qui paraît agir sur une portion limitée du corps, est souvent celui qui exerce la plus grande influence sur les autres fonctions. Croit-on, par exemple, avoir saisi les affinités naturelles des modificateurs, lorsque, dans une classification, l'on range les vêtements, les bains parmi les choses qui agissent sur la peau (*applicata*)? A-t-on mieux réussi quand, dans une autre classification, on les place au nombre des agents qui modifient les fonctions d'exhalation, de sécrétion? Le vêtement s'applique sans doute sur le tégument, influence la transpiration, la sécrétion cutanée : mais c'est là un de ses moindres effets ; il en est d'autres plus importants pour le médecin qui étudie l'hygiène : il sait quelle modification l'habillement peut apporter dans la structure du squelette, du thorax, de la tête (M. Foville) ; combien les circulations pulmonaire et cardiaque peuvent souffrir, etc. Ce que nous disons des vêtements s'applique à la lumière, aux aliments, aux boissons, qui, à la première vue, pourraient être considérés comme des modificateurs spéciaux.

Nous ne voulons pas dire que les modificateurs apportent dans tous les organes ou une stimulation générale (sthénie), ou une débilité générale (asthénie) ; chaque tissu reçoit en même temps une modification très-différente ; il peut très-bien arriver que tel organe soit débilité, tandis que tel autre sera excité. Si le calorique, par exemple, surstimule toute la surface intestinale, le poumon, la peau seront moins excités. Il en sera de même des reins : le système nerveux recevra aussi une certaine stimulation. En un mot,

il y aura, passez-moi l'expression, une dose différente de stimulation. Elle variera aussi suivant l'âge, le sexe, la disposition des organes, l'alimentation habituelle, et une foule d'autres circonstances qu'il est impossible de calculer à l'avance. Ainsi donc, la stimulation et la débilité pourront bien ne pas être générales dans tous les cas, ainsi que le voulaient Brown et les partisans de son système. Cette grande question de la force et de la faiblesse, sorte de hache à deux tranchants avec laquelle on a voulu surmonter toutes les difficultés de la médecine, mériterait sans doute d'être discutée en ce moment; mais je sortirais des bornes dans lesquelles j'ai voulu restreindre ce travail. Je crois cependant que le médecin doit s'en occuper sérieusement s'il veut se former une juste idée de l'action des modificateurs.

Une des considérations les plus importantes pour le médecin qui cherche à prévenir les maladies, serait celle qui reposerait sur les effets morbides des modificateurs; il étudierait ceux-ci suivant qu'ils produisent la maladie dans tel ou tel organe; il aurait ainsi des modificateurs du poumon, du cerveau, de l'intestin. Envisagés sous ce point de vue, les modificateurs ne peuvent pas non plus être divisés en généraux et en spéciaux; un aliment irritant peut produire une hépatite, une entérite, une colite, une gastrite : mais il peut aussi provoquer une congestion, une apoplexie cérébrale. Toutefois, nous ferons remarquer que si cette division des modificateurs en généraux et en locaux ne peut être maintenue comme base d'une classification, il faut reconnaître que certains agents, tels que le calorique, la lumière, l'eau, l'électricité, sont des modificateurs généraux par excellence, qu'aucun organe ne peut se passer de leur in-

fluence, et que, dès-lors, ils doivent être placés en tête de tous les autres.

Enfin, une dernière considération toute philosophique qui nous empêche de nous appuyer sur l'action générale ou locale des modificateurs pour établir une méthode, c'est l'incertitude où nous sommes encore aujourd'hui, touchant le mode de développement des maladies. Ce serait vouloir trancher les difficultés qui se rattachent à la pathogénie sans les résoudre, que de faire reposer la classification des agents d'après l'ordre physiologique, ou en d'autres termes, d'après l'appareil sur lequel ils sont supposés agir; car ni la physiologie, ni l'étiologie ne sont assez avancées pour nous apprendre sur quel organe agit plus spécialement le froid, par exemple, que nous voyons tantôt occasionner une pneumonie, tantôt une pleurésie, tantôt une affection dont le siége est très-différent, comme la diarrhée, la congestion cérébrale, le rhumatisme, etc. Ces réflexions générales, que nous abrégeons à dessein, vont nous aider à découvrir les défauts des méthodes qui ont été suivies jusqu'à ce jour.

Examen de quelques classifications.

Deux méthodes différentes ont servi à l'enseignement de l'hygiène : l'une, dont l'origine remonte à Galien, a pour base les six choses qu'il appelle non naturelles, c'est-à-dire ces agents que Hallé a compris sous la dénomination de *circumfusa, applicata, ingesta, percepta, gesta, excreta*, et qui sont les modificateurs que j'appelle *physiques et fonctionnels ou dynamiques*; l'autre, qui fut indiquée pour la première fois par Moreau de la Sarthe, est fondée sur la physiologie et la considération des appareils.

Dans la classification galénique qui a été et qui est encore celle de la majorité des médecins, on étudie les modificateurs dans leurs effets sur chaque organe et sur la santé en les disposant d'après un ordre qui, lorsqu'on l'examine avec attention, se rapproche beaucoup, du moins pour les divisions secondaires, de l'ordre physiologique. En effet, les *applicata* ne sont-ils pas la réunion des *moyens de l'hygiène dont l'influence s'exerce sur les exhalations*, *les sécrétions et les excrétions* (Classif. physiol.)? Les *ingesta* ne correspondent-ils pas très-exactement aux moyens qui agissent sur le tube digestif (*bromatologie*)? Il n'y a donc que pour les *circumfusa* que l'on a perdu de vue le mode d'application des agents, et encore renferment-ils, à très-peu de chose près, *les moyens qui agissent* d'abord sur les appareils respiratoire et circulatoire. Ainsi donc, les dénominations sont seulement changées; les mêmes vices se retrouvent dans les deux méthodes de classification. Le reproche que nous adressons à Galien et à Hallé, c'est de n'avoir pas pris uniquement le modificateur pour base de leur système; c'est ce seul élément qui nous a servi de guide dans celui que nous proposons.

Les inconvénients de la classification physiologique pure sont trop visibles pour que nous en fassions longuement la critique ; nous nous bornerons à signaler les vices principaux qui empêcheront toujours cette méthode d'être adoptée. On met d'abord au nombre des corps qui agissent sur les appareils respiratoire et circulatoire, l'air, la chaleur, la lumière, l'humidité, la sécheresse. Mais, nous le demandons à tout médecin qui connaît les effets de chacun de ces modificateurs, en est-il un seul, à l'exception de l'air atmosphérique, qui agisse sur le poumon et le cœur plus que

sur les autres organes? La lumière solaire est un excitant général, ainsi que l'ont démontré les expériences ingénieuses de M. Edwards et les observations de M. de Humboldt. Pourquoi la chaleur est-elle rangée dans cette classe, puisque le système nerveux, le tube digestif, la sécrétion urinaire, la transpiration, la température de l'homme, ressentent plus vivement peut-être que les poumons et les vaisseaux son influence? S'il fallait accumuler des preuves pour montrer l'impossibilité d'une classification physiologique, nous les trouverions en foule dans la pathologie.

Nous pourrions adresser le même reproche aux autres classes d'agents. Quel rapport existe-il entre un bain de vapeur humide, les vêtements, le massage ou tout autre modificateur rangé parmi les corps qui influencent la sécrétion et l'exhalation? Sans doute un bain agit sur ces fonctions; mais est-ce que la circulation, la respiration, l'innervation ne sont pas modifiées d'une manière bien autrement énergique? Demandez à un thérapeutiste qui prescrit un bain frais à une femme nerveuse ou à un tétanique, si son intention est d'agir sur les fonctions d'exhalation ou de sécrétion, ou bien sur le système nerveux?

Un médecin qui s'astreint rigoureusement à l'ordre physiologique s'expose sans cesse ou à passer sous silence les modificateurs qui n'ont pu rentrer dans son cadre, comme la pesanteur, ou bien à revenir sur des sujets qu'il a déjà traités. S'il agit autrement, il viole les règles qu'il a posées, et c'est, du reste, ce qu'il est contraint de faire à chaque instant, sous peine d'être incomplet. Lorsqu'il décrit les effets de la chaleur, du bain froid, des aliments, etc., il ne se borne pas à les suivre dans l'appareil qu'il examine : il les poursuit dans les autres organes.

En présence des défauts que nous offre cette classification, il est difficile de ne pas préférer celle de Hallé. Nous voyons que dans celle-ci les modificateurs qui environnent le corps de l'homme ont été placés en première ligne, et pris comme point de départ des autres divisions. Pourquoi n'est-il pas resté fidèle à ce plan, et a-t-il placé un certain nombre d'agents d'après l'organe sur lequel ils agissent (*applicata*)?

PREMIER ORDRE DE MODIFICATEURS.

1re CLASSE. — *Modificateurs physiques généraux.*

Nous plaçons dans cette classe, qui, par l'importance et l'universalité des modificateurs qu'elle renferme, méritait d'occuper le premier rang, 1° la pesanteur ou attraction, 2° l'air envisagé dans ses propriétés physiques de densité ou de raréfaction, 3° le calorique, 4° le froid, 5° la vapeur d'eau, 6° la sécheresse, 7° le bain d'eau ou de vapeur, 8° la lumière, 9° l'électricité, 10° le fluide magnétique.

Nous les avons nommés modificateurs physiques généraux, parce que ce sont des agents répandus dans toute la nature et que la physique a tracé les lois qui les régissent. C'est aussi par les propriétés que cette science a définies que nous les voyons agir sur l'homme, comme sur tous les corps de l'univers. Nous avons placé dans cette classe le bain de vapeur, sèche, humide, d'eau froide et chaude. En effet, lorsque l'on étudie l'action physiologique des bains d'eau ou de vapeur, on voit qu'elle résulte en dernière analyse : 1° du calorique, 2° de la vapeur d'eau ou de l'eau elle-même. La place naturelle de ces modificateurs n'est-elle pas après le

calorique, le froid, l'humidité?... Une fois que les effets de ces modificateurs sont bien connus, l'esprit se trouve tout préparé à l'étude des effets qui dépendent de l'humidité froide ou chaude du bain de vapeur qui n'est pour ainsi dire qu'une exagération de l'air chaud et humide. L'étuve sèche n'agit-elle pas aussi, quoiqu'à un degré plus marqué, à la manière de l'air chaud et sec? Enfin, qu'est-ce que le bain froid ou chaud envisagé dans ses effets sur le corps de l'homme, si ce n'est la reproduction temporaire et exagérée des effets de l'air très-humide, froid ou chaud, avec cette seule différence qu'il vient s'y ajouter des modifications qui tiennent aux qualités physiques de l'eau, comme la pression, la conductibilité meilleure, qui apporte ou enlève plus de calorique. C'est donc bien à tort que l'on a séparé l'étude des bains de celle de la chaleur et de la vapeur d'eau, puisque ce sont des modificateurs généraux et physiques qui n'ont pas d'autre manière d'agir; dans le dernier cas seulement, l'action simultanée et complexe des deux agents entraîne quelques modifications dans les effets. Du reste, si on voulait de nouvelles preuves de l'affinité qui réunit ces modificateurs, on les trouverait dans les expériences même qui ont été faites par les auteurs dans le but de connaître les effets de la chaleur, du froid et de l'humidité. A l'exemple de Berger et de Delaroche, ils ont placé des animaux dans des étuves d'air chaud et sec, et en exagérant ainsi l'action du modificateur, ils en ont mieux aperçu les effets. D'autres ont cherché dans l'action des bains froids et chauds les effets de ces deux modificateurs, lorsque l'air seul leur sert d'intermédiaire. Il est rare qu'ils ne soient pas parvenus de cette manière à quelques découvertes utiles. Quant aux lotions, aux frictions, aux onctions,

aux cosmétiques, qui formaient l'accompagnement obligé des bains, nous les avons transportés dans un autre ordre.

La transpiration cutanée et pulmonaire doit être décrite dans cette première classe de modificateurs, lorsqu'on parle des effets de la chaleur. Comment se soutient la température de l'homme au milieu de la chaleur brûlante qui l'entoure, si ce n'est par l'évaporation rapide des liquides qui viennent affluer à la surface de la peau? Quel modificateur a plus d'empire sur la transpiration cutanée que le calorique? Si l'on veut contester que la transpiration soit un phénomène purement physique, on pourra ranger la transsudation insensible parmi les fonctions d'exhalation ; mais on sera forcé de laisser la transpiration sensible ou évaporation sous l'influence du calorique qui en est l'unique cause.

L'air sera ainsi considéré dans ses propriétés physiques de densité, de raréfaction, qui sont entièrement distinctes de la composition chimique. Nous en dirons autant du calorique, de l'humidité, que l'on décrit à tort lorsqu'il est question de l'air atmosphérique.

Il suffit de jeter un coup-d'œil sur les matières contenues dans cette classe, pour voir qu'elles sont toutes enchaînées par des affinités nombreuses qui en facilitent beaucoup l'étude et permettent de marcher du connu à l'inconnu. Les préceptes sont alors déduits avec la plus grande précision, et découlent naturellement de l'exposition même du sujet. En effet, on doit comprendre combien l'étude de ces modificateurs est abrégée, puisqu'en passant de l'un à l'autre, il suffit de rapprocher les connaissances déjà acquises pour en prendre une assez juste idée. On évite aussi les redites, qui sont fréquentes dans les autres classifications.

On n'oubliera pas de placer à côté de chaque modificateur naturel celui que la main de l'homme a créé en imitation des autres. Le calorique et la lumière artificiels doivent se trouver décrits immédiatement après le modificateur naturel. Ce rapprochement n'a jamais été méconnu dans l'ordre que nous suivons; il reste invariable dans toute notre classification.

Enfin nous croyons qu'il est nécessaire d'établir à la fin de chaque classe de modificateurs un résumé général où l'on fera ressortir les caractères communs et les différences qui appartiennent à chacun d'entre eux.

IIe CLASSE. — *Modificateur chimique naturel.*

Cette classe n'est formée que d'un seul modificateur, l'air atmosphérique; nous l'avons nommé chimique, parce que, dans ce chapitre, nous ne l'étudions qu'en sa qualité d'agent chimique, soit qu'il se mette en contact avec le poumon, cette surface de rapport qui lui est plus spécialement destinée, soit qu'il s'introduise dans le sang et dans tous les parenchymes; c'est toujours par l'oxygène qu'il renferme qu'il agit sur la sanguification générale. On aurait une idée imparfaite de son action, si on le considérait comme un agent spécial à l'appareil respiratoire; car on sait que pour un grand nombre de physiologistes, le poumon n'est qu'un organe affecté à l'absorption de l'oxigène qui s'introduit dans le sang et dans tous les parenchymes, où il exerce une action encore inconnue. Il est difficile de placer après les modificateurs physiques de la première classe un agent qui ait plus d'importance que celui-ci.

Dans ce chapitre viennent se ranger les considérations sur

la quantité d'air départie aux villes et à certains quartiers (M. Villermé), sur les effets désastreux qui en résultent pour la santé des habitants, et surtout pour le jeune âge; l'aérification des villes, des ateliers, des rues, des prisons, des hospices. En un mot, les questions les plus utiles d'hygiène spéciale et publique doivent être traitées dans cet endroit.

III[e] CLASSE. — *Modificateurs accidentels et artificiels contenus dans l'air.*

Dans cette section se trouvent compris des modificateurs qui doivent leur origine aux différentes pratiques que nécessitent les arts et à l'agglomération des hommes réunis en société. Ils sont suspendus accidentellement dans l'air, et possèdent une puissance qui doit les faire redouter du médecin chargé de veiller à la santé des habitants. Leur mode d'action sur l'économie procède de leur composition : aussi les avons-nous rangés dans les trois sous-classes suivantes.

I[re] SOUS-CLASSE. — *Modificateurs accidentels et artificiels de nature animale.*—Les grandes questions d'hygiène publique trouvent une place naturelle dans cette classe : les cimetières, l'équarissage, les abattoirs, les boucheries, les hôpitaux, les prisons, les professions insalubres, dans lesquelles la santé des ouvriers est compromise par les émanations de nature animale, rentrent dans cette section de l'hygiène.

II[e] SOUS-CLASSE.— *Modificateurs accidentels et artificiels de nature minérale.* — Ce sont toutes les particules métalliques cuivreuses, saturnines, mercurielles, etc., qui sont le produit des diverses professions que l'homme exerce. Les considérations sur les cérusiers, les peintres, les plombiers, les doreurs, les tourneurs en cuivre, et sur tous les artisans dont

la santé intéresse si vivement l'hygiène spéciale, se trouvent placées dans cette classe.

IIIe SOUS-CLASSE. — *Modificateurs accidentels et artificiels de nature végétale.* — Ils comprennent toutes les molécules qui se volatilisent au sein des divers ateliers (amidonniers, boulangers, parfumeurs, etc.). Quand la matière végétale a subi un mouvement de décomposition, ces influences sont toutes différentes, et ne doivent pas être examinées en ce chapitre ; nous ne savons pas encore quelle est leur nature (rizières, rouissage).

IVe SOUS-CLASSE. — *Modificateurs accidentels et artificiels de nature complexe.* — Ils sont formés par la réunion de plusieurs des corps précédents (égoûts, voierie, propreté des rues, des villes, etc.).

IVe CLASSE. — *Modificateurs accidentels miasmatiques.*

Il peut régner dans l'air, qui conserve sa composition chimique normale, ou du moins qui n'est pas altérée très-visiblement, un modificateur qui dépasse en activité tous les autres, et dont la nature nous est inconnue. Le miasme est un agent tout-à-fait accidentel et qui détermine ces épidémies graves qui dépeuplent de vastes contrées. Soit qu'il résulte de la fermentation putride des matières végétale ou animale, soit qu'il tienne à d'autres causes, comme à un principe inconnu déposé dans l'air, le miasme n'en est pas moins un modificateur morbide extrêmement actif qu'il faut ranger à part. On l'étudiera suivant qu'il produit l'épidémie, l'infection, la contagion, ou suivant qu'il participe à l'un ou à l'autre de modes de propagation entre lesquels il est souvent difficile d'établir une distinction tranchée.

Nous ne pouvions mettre ce modificateur dans la deuxième classe, puisque nous ignorons sa nature et son mode d'action. Nous avons dû lui consacrer un chapitre à part et l'étudier après les modificateurs de la troisième classe ; car il importe, avant de discuter les questions d'hygiène publique qui s'y rattachent et qui sont encore fort obscures (épidémies, infection, contagion), de bien connaître la manière d'agir des modificateurs de la classe précédente. Pourra-t-on, par exemple, tracer avec succès les préceptes que doit suivre une population en proie à une épidémie ou à une maladie contagieuse, si on ignore l'action des modificateurs de nature animale, végétale, minérale ? On a écrit que les professions où les ouvriers manipulent des substances animales en putréfaction ne sont pas nuisibles à leur santé (équarisseurs, mégissiers, vidangeurs) ; il importe de connaître ces faits avant de passer à l'étude des modificateurs miasmatiques. Nous n'avons pas besoin d'insister plus long-temps sur cet ordre. D'ailleurs, nous y reviendrons quand nous dirons pourquoi nous avons confondu ensemble les hygiènes spéciale, publique, générale.

Ve CLASSE. — *Modificateurs telluriques.*

Dans cette classe viennent se ranger toutes les conditions physiques inhérentes au sol, telles que la nature et la configuration des terreins, la hauteur, l'exposition des lieux, certaines influences inconnues dans leur nature, qui ont pour effet de produire les maladies que l'on nomme endémiques, et qui semblent dépendre d'une cause tout-à-fait locale. On les a attribuées à l'eau, à la nourriture, à l'atmosphère; on en placera l'étude dans cette classe importante, mais peu

connue, des modificateurs. D'autres, comme les eaux, les marais, la fertilité, la direction des fleuves qui parcourent un pays, seront examinées dans ce chapitre, qui doit comprendre en outre la culture, le défrichement, le déboisement, la construction des canaux, l'influence de certaines cultures; Tels sont les modificateurs naturels ou artificiels qui exercent une puissante action sur la santé de l'homme.

VI[e] CLASSE. — *Modificateurs météorologiques.*

Nous avons nommé ainsi tous les agents qui sont compris dans cette partie de la physique qui porte le nom de météorologie. La température des différentes parties du globe, les lignes isothermes, les changements de température, la température moyenne des principales contrées, envisagée dans ses rapports avec la production de certaines maladies, la quantité de pluie qui tombe dans chaque région du globe, les vents, leur direction, les grands cataclysmes qui apportent des modifications imprévues dans l'action des agents naturels; voilà les matières qui font de cette sixième classe une des plus fécondes, mais en même temps une des plus difficiles. La connaissance des classes précédentes facilitera beaucoup l'intelligence de celle-ci.

VII[e] CLASSE. — *Modificateurs artificiels et généraux, capables de diminuer ou de favoriser l'action des précédents.*

Après les modificateurs de la sixième classe, viennent ceux que nous nommons artificiels et généraux, tels que les vêtements, les diverses pièces de l'habillement, les lits, les couvertures, les maisons, leur mode de construction en

rapport avec le climat et les diverses conditions physiques qui entourent l'homme. Ce sont là des modificateurs artificiels, car ils ont été créés en vue de protéger les organes contre les influences naturelles que nous avons déjà passées en revue, ou de favoriser leur action lorsqu'il y a avantage à le faire. Ils sont généraux, car ils ont pour but de nous défendre contre l'humidité, le froid, la chaleur, l'électricité (paratonnerre), contre certains miasmes, etc. La construction d'une maison, aussi bien que la disposition d'un vêtement, varient suivant toutes ces circonstances extérieures. La seule différence entre ces deux modificateurs, c'est que le dernier est appliqué immédiatement sur le corps, tandis que l'autre constitue une enveloppe protectrice plus éloignée. L'homme, par suite de l'exigence de l'état social, ou plutôt de ses besoins, qui l'engagent dans une lutte perpétuelle contre les éléments, est contraint de leur opposer la ruse et l'artifice pour les empêcher de lui être nuisibles, ou pour les faire servir à ses passions. Qu'on n'aille pas croire avec ceux qui rangent les vêtements dans les *applicata*, qu'ils n'agissent que sur la peau ; ou, avec d'autres auteurs, qu'ils influencent seulement les fonctions de sécrétion, d'exhalation : on n'aurait qu'une fausse idée de leurs effets. Les appareils et les fonctions de respiration, de circulation, d'innervation, de calorification surtout en ressentent des effets très-marqués.

C'est ainsi que se trouvent naturellement rapprochés des agents dont la nature et les effets sont les mêmes, et qui étaient placés, dans les autres classifications, à côté des bains, des cosmétiques, etc.: or, quel rapport y a-t-il entre une maison, l'eau, l'épilation et la flagellation? (M. Gerdy, *Analyse détail. de l'hist. de la santé.*)



VIIIe CLASSE. — *Modificateurs complexes.*

De l'action simultanée de tous les modificateurs physiques, chimiques, telluriques, naturels ou artificiels que nous venons de passer en revue, résultent des effets complexes, des modifications profondes dans la constitution et la santé de l'homme. Les saisons, le climat, l'influence du jour, de la nuit, la géographie physique, sur lesquels les travaux de Humboldt ont jeté tant de lumière (*De distributione geographicâ plantarum*), l'acclimatement; voilà les sujets principaux de cette classe. Ils sont, comme on peut en juger, la terminaison naturelle de l'étude des autres modificateurs, la synthèse où viennent se réunir les effets multiples d'un grand nombre d'agents. Qu'est-ce que le climat? Une expression synthétique destinée à rendre toutes les influences cosmiques et artificielles. Qu'est-ce que l'acclimatement, si ce n'est le résultat de toutes ces actions, et une espèce d'empreinte qui traduit assez bien la nature des modificateurs. Le médecin, suffisamment éclairé par l'étude de tout ce qui précède, pourra aborder avec succès les questions relatives au climat, à l'acclimatement. Peut-être aurions-nous dû placer avant cette classe les aliments, qui ont une grande part à l'acclimatement, mais nous avons craint de rompre les affinités qui rattachent la huitième classe aux précédentes.

IXe CLASSE. — *Modificateurs propres à subir l'élaboration digestive.*

Dans cette classe sont compris les aliments, les boissons, les assaisonnements, les différentes espèces de diète, l'absti-

nence, la réplétion, quelques questions d'hygiène publique, comme la vente de substances putréfiées, etc.

DEUXIÈME ORDRE DE MODIFICATEURS.

Modificateurs fonctionnels ou dynamiques, c'est-à-dire résultant du jeu des organes et appareils.

Dans ce second ordre de modificateurs, qui forment avec les premiers le vaste domaine de l'hygiène, nous n'avons plus à nous occuper de ces agents cosmiques qui déterminent une stimulation convergente. Il nous reste à examiner les organes et les appareils en fonction, qui, par leur influence trop forte ou trop faible, troublent également l'harmonie générale de tout l'organisme. Ils méritent d'autant plus d'être élevés au rang de modificateurs, qu'ils sont après ceux du premier ordre, des causes redoutables de maladie. Le médecin n'aurait donc étudié qu'en partie la matière de l'hygiène, s'il ne portait toute son attention sur cette série d'influences qui dépendent de l'organisme en fonction ; il se priverait des lumières qui jaillissent de cette source féconde en préceptes utiles à la santé. Mais ce second ordre ne doit être étudié qu'après ceux qui précèdent, car les fonctions ne sont que le résultat des actions complexes provoquées dans les organes par les agents extérieurs, le calorique, la lumière, l'eau, l'air atmosphérique, etc., qui déterminent tous l'excitation convergente et vont aboutir en dernier lieu à l'axe cérébro-spinal. A cette action succède la réaction des tissus, leur mise en jeu par l'impression de l'agent; l'excitation divergente qui se fait alors dans toutes les directions et dont le point de départ est le système nerveux, n'est, dans l'ordre de génération des phénomènes, que bien postérieur à la stimulation des agents. Que penser

alors de la classification des auteurs qui commencent l'étude de l'hygiène par les fonctions du cerveau? Que serait le cerveau et tous les autres organes sans la stimulation extérieure? Nous croyons donc qu'il n'y a pas d'autre ordre possible que celui que nous avons adopté ; agir autrement, ce serait étudier la cause avant les effets, le moteur avant le mode d'action; ce serait, en un mot, intervertir et bouleverser l'ordre naturel des phénomènes.

Faut-il, dans l'examen de cette seconde classe de modificateurs, étudier chaque organe, chaque appareil en particulier? Nous pensons qu'il suffit de considérer l'influence des fonctions d'innervation (*percepta*), du mouvement (*gesta*), de la nutrition, et de la génération dans les deux sexes.

Ire CLASSE. *De l'innervation considérée comme modificateur.*

—Il convient d'examiner d'abord tout ce qui est relatif à la perception sous le point de vue de l'hygiologie : les sens, leur éducation, les erreurs qui leur sont faussement attribuées, et les moyens de les redresser, forment un chapitre important pour la science des influences. Viennent ensuite les produits de l'élaboration cérébrale, les instincts, les sentiments, les facultés perceptives, réflectives; et les sujets d'hygiène publique qui s'y rattachent, les suicides, les crimes, les systèmes pénitentiaires, etc.

IIe CLASSE.— La contraction musculaire, les mouvements généraux ou partiels, actifs, passifs, etc., en un mot, toute la gymnastique médicale, rentrent dans la deuxième classe.

IIIe CLASSE. — Dans la troisième classe se trouvent les fonctions dont le résultat final est le départ des matériaux qui ne peuvent plus servir à la nutrition. Ce mouvement

continuel de décomposition s'effectue : 1° à la surface de la peau (cheveux, ongles, usure de l'épiderme, excrétion sébacée) ; 2° des reins (urine) ; 3° de l'intestin (mucus intestinal, fèces) ; 4° par quelques exhalations artificielles et provoquées ou accidentelles. Les moyens artificiels employés pour débarrasser la peau et ses appendices (épiderme, poils, barbe, cheveux), les lotions, les onctions, les cosmétiques, les frictions, concernent d'une manière spéciale les fonctions d'excrétion.

IVe CLASSE. — Nous aurions pu ranger dans la classe précédente les fonctions de génération chez l'homme et la femme, ainsi que la menstruation, la grossesse, car plusieurs naturalistes les considèrent comme rentrant dans les phénomènes de décomposition ; mais leur influence sur la santé est telle, que nous nous sommes décidés à les étudier à part. L'hygiène de la puberté chez les deux sexes, les soins qu'ils réclament, l'hygiène de la femme pendant les règles et la grossesse, font partie de ce chapitre.

Le sommeil et la veille n'étant autre chose que la suspension de l'activité des fonctions d'un certain nombre d'organes, leur place est marquée à la fin de l'étude des modificateurs fonctionnels.

TROISIÈME ORDRE DE MODIFICATEURS.

Modifications apportées dans l'organisme par les modificateurs inorganiques et fonctionnels, ou dynamiques.

Il y a deux manières très-différentes d'envisager l'homme dans ses rapports avec le milieu ambiant. Ou bien on le considère, avec certains philosophes, comme un être qui est en lutte ouverte avec les corps environnants, qui leur ré-

siste en vertu d'une espèce d'omnipotence toute spirituelle, d'un principe que l'on a décoré de différents noms, et qui lui permet d'exercer une sorte de souveraineté sur tout ce qui l'entoure ; ou bien on le regarde comme faisant partie de ce tout que l'on nomme nature, et soumis comme elle aux lois de la matière qui régissent le monde ; la maladie ou la mort est la punition de toutes les infractions que l'homme commet à leur égard. Le premier sentiment est plus à l'usage du philosophe que du médecin ; disons même que celui-ci comprendrait mal son art s'il considérait l'homme comme un être jouissant du privilége exclusif d'échapper aux lois générales. Ce serait revenir au temps où la maladie était envisagée comme une punition de Dieu.

Si donc nous admettons que l'homme n'échappe pas aux lois de la matière, ce qui est démontré pour nous, nous sommes conduits à placer les modifications organiques que l'homme nous présente, comme des effets de l'influence extérieure et des changements particuliers qui leur correspondent et qui se passent au sein de l'organisme. Les âges ne sont que la succession des phénomènes et des changements matériels qui surviennent dans les corps soumis à l'action des modificateurs ; sans doute les organes vivent d'une vie propre, mais les modificateurs en sont la cause première, et dès-lors si l'on persiste à vouloir parler des âges dans les traités d'hygiène, ce qui est un tort, suivant nous, il convient, du moins, d'en renvoyer l'histoire à la fin de l'étude des influences. Il en sera de même du tempérament. De deux choses l'une : si l'on admet que le tempérament, l'idiosyncrasie soient des dispositions innées, leur description appartient à la physiologie, puisque ces circonstances organiques sont *compatibles avec la santé* ; si elles sont le résultat de l'action

des modificateurs, elles doivent être placées après leur étude.

Quant à nous, considérant que les âges, les sexes sont des dépendances de la physiologie, nous ne nous en occuperons pas. En agirons-nous de même à l'égard des races, des tempéraments, de la force, de la faiblesse, de la constitution, de la prédisposition? On peut soutenir que ce sont là des différences individuelles que l'on apporte en naissant et qui se transmettent uniquement par voie de génération; mais on peut, en s'appuyant sur des faits nombreux empruntés à l'histoire de l'homme et des animaux, prétendre avec non moins de raison que les races, les tempéraments, etc., dépendent de l'action prolongée dans le temps et l'espace de certains modificateurs. Cette opinion compte au nombre de ses défenseurs quelques zoologistes distingués de notre époque. Elle offre en outre l'avantage de présenter les choses sous un point de vue plus philosophique et mieux adapté aux besoins de l'hygiène. Elle est féconde en applications pratiques, car elle nous enseigne que toute modification dans la structure du corps correspond toujours très-exactement à l'action d'un ou de plusieurs ordres de modificateurs. Telle est l'idée fondamentale que Lamarck a développée et soutenue de ses vastes connaissances, et qui est celle de beaucoup de naturalistes. Du reste, si on peut conserver quelques doutes sur l'origine que nous assignons aux tempéraments, aux races, envisagés d'une manière générale; il n'en est plus de même pour ces dispositions qui sont, dans un grand nombre de cas, l'effet de l'air, de la chaleur, du climat, ou de la nourriture, de l'éducation politique, morale et religieuse des peuples.

La force, la faiblesse de la constitution, la diathèse, quand elles sont acquises, les races, les tempéraments, la

durée de la vie, la mortalité et ses causes générales, etc., sont les matières que nous plaçons dans ce troisième ordre, comme *des conséquences positives des modificateurs précédents, soit inorganiques, soit fonctionnels.* Quant à l'histoire des âges, des sexes, des idiosyncrasies, nous désirons les voir rentrer dans la physiologie, d'où elle n'aurait jamais dû sortir, et nous sommes étonnés qu'on ait maintenu aussi longtemps, sous le nom de *sujet de l'hygiène*, un amas confus et incohérent de parties dérobées à la physiologie et à la médecine. Au lieu d'étendre le domaine déjà trop vaste de l'hygiène, il faut chercher à le circonscrire, et en éliminer tous ces membres parasites qui l'empêchent de reprendre faveur. C'est dans ce but que nous avons effacé complètement la division, respectée jusqu'ici, de l'hygiène en *sujet, matière et préceptes*; nous nous expliquerons plus loin sur ce sujet.

Conclusion générale.

L'histoire de l'hygiène, le but de son enseignement, ses rapports et ses différences avec les autres sciences, avec la philosophie, la morale, la politique, avec la médecine proprement dite, et surtout l'étiologie; telles sont les matières qui nous paraissent former le complément nécessaire, la conclusion indispensable d'un cours complet d'hygiène.

Nous ne dirons rien des avantages de cette classification : ils ressortent de son exposition même. Nous ferons seulement remarquer qu'elle repose toute entière sur l'étude des modificateurs placés dans un ordre naturel et suivant leur degré d'importance; que les affinités qui existent entre eux ont été respectées et mises en relief plus que dans toute

autre méthode ; enfin, qu'il n'est point arbitraire, mais commandé par la nature même des choses ; de telle sorte que si l'on venait à étudier les matières contenues dans une classe avant celle de la classe précédente, on se priverait des connaissances que l'on doit posséder, en arrivant à cette classe, ou bien alors il en résulterait des redites fatigantes.

Jusqu'à présent, l'on a toujours séparé les trois grandes divisions de l'hygiène en *sujet*, *matière* et *règles*. Nous avons montré que le *sujet* n'est autre chose qu'une collection bizarre de faits empruntés aux diverses branches de la médecine. Il nous reste à dire ce que sont devenus, dans la classification que nous avons exposée, les *préceptes* ou *moyens de l'hygiène* et les hygiènes *spéciale* et *publique*. Comme nous les avons fait marcher de front, il est nécessaire que nous légitimions cet ordre, et que nous le mettions à l'épreuve d'une analyse minutieuse.

Lorsque nous étudions un modificateur, nous commençons d'abord par décrire ses effets sur l'homme adulte, et nous traçons alors les préceptes généraux qui en découlent pour la santé (*hygiène générale*). Ces règles générales une fois posées, nous disons comment le même modificateur agit sur l'enfant, le vieillard, la femme, les tempéraments, etc., en un mot, suivant chaque circonstance individuelle ; de là résultent des préceptes propres à chaque cas particulier que nous examinons : c'est l'exception après la règle générale (*hygiène spéciale*). Il reste enfin, en troisième lieu, à chercher si les modificateurs naturels, que l'homme change souvent au point de les rendre méconnaissables, n'exercent pas une influence autre que celle due à ces modificateurs, lorsqu'ils possèdent leurs qualités naturelles ; cette dernière étude constitue l'*hygiène publique*.

Ainsi donc, les hygiènes générale, spéciale, publique, se trouvent confondues dans la description de chaque modificateur. Nous ne comprenons pas comment des matières unies par les liens les plus étroits ont été morcelées et divisées dans l'enseignement de l'hygiène. Le premier exemple venu servira à prouver que cette dissection est nuisible. Nous voulons connaître le mode d'action de l'air atmosphérique : nous l'envisageons d'abord dans toute sa pureté et tel qu'il agit sur l'adulte (hyg. génér.), puis sur l'enfant, sur la femme, sur le vieillard, dont la circulation pulmonaire est ralentie (asthme, maladies du cœur), ou les bronches irritées chroniquement (hyg. spéc.); plus loin nous l'étudions dans ses effets, lorsqu'il est altéré dans sa composition, sans toutefois que l'analyse chimique puisse nous dire en quoi consiste cette altération. Ici viennent se placer les considérations sur les effets de l'air vicié des villes, l'influence délétère qu'il exerce sur les jeunes enfants, et en particulier sur ceux qui naissent dans des hôpitaux mal aérés, la mortalité qu'on observe dans les villes, dans certains quartiers de Paris, le percement des rues, l'aérage des maisons particulières et publiques des villes; telles sont les matières qui ne peuvent être ravies à cette classe de modificateurs, sans lui faire perdre tout son intérêt et la priver des observations curieuses qui s'y rattachent. Si nous jetons les yeux sur la troisième classe, nous éprouvons mieux encore le besoin de faire marcher de front l'étude des trois espèces d'hygiène. Elle comprend les influences variées qui résultent du mélange des particules de différentes natures avec l'air atmosphérique. Dans cette classe se trouve en grande partie cette hygiène industrielle si importante et cultivée par un si petit nombre de médecins. L'homme qui

s'est occupé de cette hygiène est alors naturellement préparé à comprendre les effets des modificateurs de la quatrième classe (accidentels miasmatiques), dont l'essence et le mode d'action sont encore environnés de ténèbres, et qui fournit cependant à l'hygiène une de ses pages les plus intéressantes (hyg. publ.).

Nous pourrions ainsi passer en revue toutes les classes de modificateurs que nous avons établies : elles nous présenteraient les trois sections de l'hygiène toujours réunies. Quel ordre plus naturel pourrait s'offrir au médecin que celui où les faits exposés se servent de preuve et font jaillir sur des sujets trop souvent arides un puissant intérêt. Qu'est-ce que l'hygiène générale ? un assemblage de propositions banales, et que la mémoire ne peut retenir, parce qu'elles sont dénuées de toute application. A quoi sert, dit M. Gerdy, de consacrer tant de pages à écrire que sous l'influence de l'air chaud *l'appétit n'augmente pas.....* l'appareil digestif *n'acquiert pas* plus de vigueur, etc., etc. (*Anal. dét. de l'hist. de la santé*). L'hygiène générale n'a d'autre vie que celle qu'elle emprunte à l'hygiène spéciale et à l'hygiène publique ; celle-ci nous offre malheureusement des expériences toutes faites qui nous instruisent de l'effet désastreux de tel ou tel modificateur. Comment savons-nous que l'air pur est si favorable à la santé, si ce n'est parce que l'hygiène spéciale est venue nous apprendre que des ouvriers respirant habituellement certains gaz fétides, sont en proie à quelques affections qui en dépendent. L'hygiène publique a aussi complété nos connaissances à cet égard. Par notre méthode d'exposition, toutes ces circonstances se trouvent rapprochées, déduites les unes des autres, et forment un tableau complet dont on saisit facilement l'ensemble.

Disons en terminant que si la direction imprimée à l'hygiène est mauvaise, c'est parce qu'on la sépare de la pathogénie, et qu'on l'a mêlée au contraire à d'autres branches de la médecine, dont elle semble alors n'être plus qu'une dépendance. La physique, la chimie, l'anatomie, la physiologie, et la phrénologie, dans ces derniers temps, n'ont-elles pas fait irruption dans l'hygiène? En voulant lui créer un aussi vaste domaine, on ne lui a laissé aucun bien en propre; elle est même si pauvre, au milieu de toutes ces richesses qui ne lui appartiennent pas, qu'on lui a quelquefois contesté le droit de se dire une science à part. Il faut attribuer l'abandon où elle est au zèle inconsidéré des hommes qui lui ont donné un si brillant apanage, et réconnaître avec les meilleurs esprits qu'à force de mettre de l'hygiène partout, on ne la trouvera bientôt plus nulle part.

OBSERVATIONS PRATIQUES

SUR LES REVACCINATIONS ET SUR QUELQUES AUTRES FAITS RELATIFS A LA VARIOLE;

Par le docteur FINAZ,

Médecin-Inspecteur des eaux minérales de Charbonnière, près Lyon (Rhône).

Dans la question si importante et encore si obscure de la nécessité des revaccinations, après un certain laps de temps, chacun doit apporter son tribut de lumières, quelque faible qu'il soit.

Une épidémie variolique des plus intenses vient de ré-

gner dans deux communes de mon voisinage et m'a fourni l'occasion de faire quelques observations qui, dans les circonstances présentes, ne sont pas dépourvues d'intérêt.

Observation Ire.— Marguerite Finaz, âgée de douze ans, vaccinée à l'âge de deux mois; elle ne présente que deux pustules vaccinales. Son père, médecin à la campagne, avait épuisé ces deux pustules de tout le virus qu'elles contenaient. Revaccinée le premier mai 1839, elle a présenté le lendemain, sur chaque piqûre, un petit bouton pointu, qui fut sec après trois jours, sans avoir présenté la moindre apparence de l'auréole blanche caractéristique de la véritable vaccine.

A l'époque où Marguerite Finaz fut vaccinée, on n'avait point encore dit qu'il fût nécessaire de ménager au moins une des pustules et de lui laisser parcourir ses phases naturelles, sans l'ouvrir.

Obs. II. — Claudine Simon, âgée de quatorze ans, vaccinée dans la première année de sa vie, revaccinée le même jour et du même vaccin que la jeune fille objet de l'observation précédente, présente exactement les mêmes phénomènes.

Il est à observer que chez l'une et chez l'autre, l'opération a été faite de bras à bras. Chez toutes deux la première vaccination avait eu plein succès.

Obs. III. — Jean-Pierre Bost, âgé de vingt-quatre ans, avait été vacciné à l'âge d'un an. Deux vaccinations successives avaient été sans résultat. Vacciné une troisième fois, il présenta deux pustules au bras droit. Au dire de sa mère, elles furent en tout semblables à celles de ses autres enfants, régulièrement vaccinés.

Cette seconde vaccination eut lieu six mois après les au-

tres, c'est-à-dire à l'âge de dix-huit mois. Bost présente sur le siége des pustules deux cicatrices assez marquées, mais cependant moins bien caractérisées que ne le sont ordinairement celles qui résultent d'une vaccine régulière.

Revacciné en même temps que les deux sujets des observations précédentes, le vaccin ayant été puisé à la même source, il a présenté six belles pustules vaccinales, qui ont suivi une marche régulière.

Jean-Pierre Bost avait-il été vacciné avec succès à dix-huit mois? Malgré le doute, on peut répondre par l'affirmative. Dans ce cas, le succès de la seconde opération, mis en opposition avec les résultats obtenus chez Marguerite Finaz et Claudine Simon, tiendrait-il à ce que Bost comptait plus de vingt-deux ans depuis qu'il avait été vacciné pour la première fois, tandis que Marguerite Finaz n'en comptait pas douze, et Claudine Simon seulement treize?

Obs. IV. — Pierre Bost, cousin du précédent, âgé de vingt-cinq ans, a été vacciné à l'âge d'un an. Selon sa mère, l'opération réussit parfaitement. On observe sur ses deux bras des cicatrices de huit pustules vaccinales. Comme celles du sujet précédent, elles sont peu marquées. Nous ferons remarquer à cet égard que chez les habitants de la campagne, le système musculaire étant très-développé, surtout aux bras, et le tissu cellulaire sous-cutané très-rare, les cicatrices qui n'intéressent que la peau sont en général peu profondes et s'effacent plus facilement que chez les habitants des villes, surtout chez les hommes.

Pierre Bost, revacciné le 8 mai 1839, présente des boutons de vaccine régulière; on peut cependant remarquer que les pustules sont un peu moins larges, d'une couleur moins claire, un peu moins déprimées au centre que celles

du sujet de la troisième observation. Ils ont été vaccinés en même temps la première fois. La différence qu'on observe dans les résultats de la seconde opération tiendrait-elle à ce que la première a mieux réussi chez Pierre Bost que chez Jean-Pierre?

Obs. V. — Amédée Finaz, âgé de dix-sept ans, a été vacciné une première fois à l'âge de deux mois. Il eut un bouton à chaque bras. Chacun de ces boutons servit à vacciner un grand nombre d'enfants; ils furent, par conséquent, ouverts tous deux et pressurés jusqu'à extinction. Vacciné pour la seconde fois le 6 mai 1839, ce jeune homme présente les phénomènes suivants. Les boutons paraissent au troisième ou quatrième jour, comme dans une vaccine régulière, mais ils sont très-peu marqués. Ils continuent à se développer régulièrement jusqu'au huitième jour, mais en restant toujours beaucoup plus petits que ne le sont ordinairement les pustules vaccinales de bonne nature. Néanmoins, ils sont plats, présentent une petite dépression au centre, et contiennent une humeur visqueuse presque limpide, et dont la consistance est plus rapprochée de celle de la sérosité que de celle du virus vaccin ordinaire. Ces pustules sont presque transparentes et n'ont point la couleur opaline des pustules vaccinales parvenues à leur maturité.

Obs. VI. — Marguerite-Georgette Finaz, âgée de trente-huit ans, fut vaccinée à l'âge de sept ans pour la première fois. Elle eut à chaque bras quatre grosses pustules de la plus belle apparence, qui furent accompagnées de beaucoup d'inflammation, et qui ont laissé des traces profondes bien marquées et très-étendues. Les pustules ne furent pas ouvertes et parcoururent leur marche naturelle. Le sujet de

cette observation a beaucoup d'embonpoint, disposition qui se faisait déjà remarquer dès les premières années de sa vie.

Revaccinée le 6 mai 1839, elle présente une répétition des mêmes phénomènes observés chez le sujet de la précédente observation. Les pustules ont absolument la même marche et la même apparence.

Obs. VII. — Pascal-Félix, âgé de six ans, enfant naturel, fut confié aux soins d'une de mes voisines à l'âge de trois ans. Cette femme, n'ayant aucune relation directe avec les parents de cet enfant, crut qu'il n'avait pas été vacciné, et me le présenta le 8 mai pour le soumettre à cette opération. A l'inspection des bras, je découvris des cicatrices qui me firent juger que le jeune Pascal avait déjà été vacciné avec succès. Néanmoins, je procédai à une nouvelle vaccination. Mais, ainsi que je l'avais prédit, elle a été sans résultat; il ne s'est pas même développé chez Pascal de petits boutons, comme dans les deux cas des observations première et deuxième.

Tous les sujets dont je viens de parler ont été vaccinés de bras à bras, en même temps et avec le même virus que d'autres individus d'âges différents (de trente ans à six mois) non encore vaccinés, et chez lesquels l'opération a été suivie d'un plein succès.

Si l'on réfléchit à ce qui s'est passé chez les différents sujets soumis à une nouvelle vaccination dont je viens de rapporter les observations, on remarquera que la revaccination a d'autant mieux réussi qu'on s'éloigne davantage de l'époque où la première vaccination avait eu lieu. Ainsi Pascal (obs. VII), vacciné depuis moins de six ans, ne présente pas la moindre trace d'éruption.

Claudine Simon et Marguerite Finaz (obs. I et II), vaccinées depuis douze et treize ans, présentent de petits boutons qui avortent bientôt. Chez Amédée Finaz (obs. V), dont la première vaccination remonte à dix-sept ans, on observe une demi-vaccination. Enfin, chez Pierre et Jean-Pierre Bost, dont la première vaccination date de vingt-deux et vingt-trois ans, le succès est complet; moins cependant chez le premier que chez le dernier. Celui-ci avait présenté six pustules à la première vaccination, tandis que le second n'en avait que deux.

Quelques autres observations, en tout semblables aux précédentes, et que, pour cette raison, je crois inutile de rapporter ici, viendraient à l'appui de l'opinion que je présente. Néanmoins, je sens fort bien qu'elles sont trop peu nombreuses pour être concluantes: aussi c'est plutôt une question que je pose qu'une solution que je donne. D'ailleurs, on trouve une exception à des faits déjà peu nombreux dans le sujet de l'obs. VI. En effet, chez Marguerite-Georgette Finaz, on n'observe qu'un demi-succès à la seconde opération; les pustules ne sont pas plus développées que celles d'Amédée Finaz, son fils (obs. V), quoique chez la première il se fût écoulé trente-un ans entre la première et la seconde opération, et chez le second seulement dix-sept ans. Ce résultat serait-il dû à ce que, chez la mère, les pustules étaient nombreuses (huit), à ce qu'elles ont parcouru leur marche naturelle sans être ouvertes, et à ce que le sujet ayant de l'embonpoint, elles ont été très-développées?

Je serais assez disposé à penser, en rapprochant cette observation de quelques autres analogues, que toutes ces circonstances contribuent à rendre le succès de l'opération plus durable.

Obs. VIII.—Je fus appelé chez un cultivateur nommé Jomard, pour visiter un enfant atteint d'une variole confluente. Cet enfant, âgé de douze ans, était gravement malade. Près de lui et dans le même appartement était couché son second frère, âgé de dix ans, qui présentait tous les prodrômes de la même maladie; de légères picotures rouges, qui annonçaient le commencement de l'éruption, se faisaient déjà remarquer sur diverses parties du corps. Enfin, un troisième frère, âgé de sept ans, jouissait de sa santé ordinaire, quoiqu'il habitât aussi la même chambre. Je vaccinai les deux frères cadets. Chez le second, les pustules vaccinales se développèrent incomplètement (voy. les obs. V et VI). Néanmoins, la petite vérole fut discrète, et quoique les boutons fussent en nombre égal à celui des germes qu'on remarquait lors de la vaccination, c'est-à-dire très-nombreux, ils ne furent point confluents, et l'intensité de la maladie fut loin d'être en rapport avec celle des prodrômes. Quant au troisième frère, il continua à jouir d'une bonne santé, et son vaccin eut un succès complet.

On croit généralement à la campagne qu'on ne doit pas soumettre les enfants à la vaccination, lorsqu'une épidémie de petite vérole règne dans la localité. L'observation qui précède prouve ce que d'ailleurs savent tous les praticiens, qu'il est toujours avantageux de vacciner dans une épidémie. J'ajoute qu'il est même avantageux de vacciner les enfants déjà atteints de la maladie. Ce dernier point de pratique n'est pas aussi généralement connu des médecins que le premier. Il ne sera pas inutile de l'appuyer de quelques observations.

Obs. IX. — André Bost, âgé de vingt-sept ans, eut la petite vérole à l'âge de cinq à six ans. Elle fut tellement

marquée et les pustules si multipliées, qu'il ne pourrait y avoir aucun doute, lors même qu'il n'aurait pas été visité par un médecin, qui constata la nature de la maladie. Il portait d'ailleurs sur la peau ces nombreuses et profondes cicatrices qui font dire, en langage du pays, qu'on est *gravé*. Il a été de nouveau atteint, dans le courant du mois d'avril dernier, d'une variole confluente des plus intenses, qui l'a rendu très-gravement malade, et sur la nature de laquelle il ne peut s'élever aucun doute.

Obs. X. — Dupont, âgé de cinquante-trois ans, a eu la petite vérole à l'âge de quatre ans; c'est du moins ce qui résulte des témoignages de sa mère, sur l'époque où il contracta sa maladie, dans le cours d'une épidémie variolique qui régnait dans son village, et enfin de quelques cicatrices très-apparentes. Comme la petite vérole fut discrète, il ne fut pas visité par le médecin.

Il fut atteint de nouveau de la variole le 15 avril 1839. La maladie se présenta d'abord sous l'aspect le plus effrayant, et je crus avoir à traiter une fièvre *cérébro-syncopale*; c'est-à-dire que le malade avait une fièvre intense, le pouls fort, dur, très-accéléré; il était dans un délire complet et quelquefois furieux, qui alternait avec des syncopes tellement longues et profondes, que plusieurs fois on le crut mort. Quelques évacuations sanguines diminuèrent la fièvre et le délire, et l'éruption variolique parut le troisième jour. Elle fut très-confluente, et les accidents concomitants, dont j'ai parlé ci-dessus, continuèrent jusqu'au moment de la desquamation, quoiqu'à un degré moins fort qu'au début de la maladie.

Mon intention n'est point d'entrer dans les détails des moyens thérapeutiques que j'ai mis en usage dans le cours

de la dernière épidémie. Néanmoins, je saisis cette occasion pour dire que je me suis fort bien trouvé des onctions d'onguent mercuriel sur la face, à la dose de 2 gros matin et soir, ou 1 gros mêlé avec autant de cérat, pour les enfants. Chez Dupont, ces onctions semblaient diminuer le délire : un soir, qu'on avait oublié de le faire, le malade fut beaucoup plus furieux pendant la nuit. Il est à remarquer qu'il est en partie chauve et qu'il avait des pustules sur le cuir chevelu, pustules qu'on frottait ordinairement avec l'onguent mercuriel. On sait que cette médication a été préconisée de nos jours contre les méningites.

Obs. XI.—Souri, âgé de trente-huit ans, a toujours été persuadé qu'il avait eu la petite vérole dans son enfance, quoiqu'il ne présente pas de traces bien sensibles des cicatrices qui en sont ordinairement la suite. Son opinion, à cet égard, est fondée plutôt sur le témoignage de ses parents que sur ses propres souvenirs.

Il a été atteint à la fin d'avril d'une petite vérole confluente des plus graves, et qui a mis ses jours en danger.

Obs. XII. — Antoinette Druf, âgée de cinq ans, a eu la variole à l'âge de deux ans. Une épidémie variolique régnait dans la commune voisine de la sienne : quoique sa petite vérole fût discrète, les cicatrices qu'elle présente sur diverses parties du corps et surtout à la face, ne laissent aucun doute sur la nature de la maladie. Elle a été de nouveau affectée d'une variole très-confluente dans le courant du mois d'avril dernier (1839), avec fièvre, sans danger pressant.

Obs. XIII. — Marie-Françoise Druf, sœur de la précédente, âgée de dix-huit ans, a été vaccinée à l'âge de trois ans. Elle présente deux cicatrices bien caractéristiques à

chaque bras. Atteinte de la variole en même temps que sa sœur, elle n'a eu que quelques boutons, n'a pas eu de fièvre, ne s'est pas alitée et n'a pas cessé de se livrer à ses occupations ordinaires.

Obs. XIV. — Pierrette Pynais, âgée de dix-sept ans, a été vaccinée à un an. Elle a eu six pustules vaccinales d'assez belle apparence. Dans le cours de l'épidémie actuelle, elle a gagné la petite vérole, qui a été discrète et qui ne l'a pas même obligée à suspendre ses travaux ordinaires. Une de ses sœurs, âgée de huit ans, vaccinée à deux ans, et qui a été soumise comme elle à l'infection, qui a sans cesse habité la même maison et la même chambre, n'a point été affectée de la maladie régnante. Évidemment ici la plus jeune des deux sœurs n'a été préservée que parce qu'il ne s'était écoulé que six ans depuis sa vaccination, tandis qu'il y avait seize ans que l'aînée avait été soumise à la même opération.

Résumé.

La population des deux communes où l'épidémie a exercé ses ravages est d'environ 1800 âmes. 150 à 180 personnes ont été atteintes. Sur ce nombre, deux l'ont été après avoir été vaccinées, l'une depuis quinze et l'autre depuis seize ans. Trois ont été affectées une seconde fois de la variole. Un quatrième individu (obs. XI) croit aussi avoir eu la petite vérole, quoique le fait fût moins constant que chez les autres.

On remarquera : 1° Que tous les sujets atteints une seconde fois de la variole ont été plus ou moins malades, tandis que ceux qui l'ont été après une vaccination anté-

rieure ont eu une petite variole très-discrète et ne se sont pas alités; 2° qu'Antoinette Druf (obs. XII) a pris la petite vérole trois ans seulement après avoir été affectée une première fois, tandis qu'un intervalle de quinze à seize ans s'était écoulé depuis la vaccination des deux sujets qui ont eu la variole après une vaccination antérieure.

Sur vingt revaccinations que j'ai opérées, deux sujets seulement ont présenté des pustules régulières à la seconde vaccination.

La question de la nécessité ou au moins de l'opportunité de la revaccination après un certain laps de temps, ne sera bientôt plus douteuse. Si, comme je le pense, elle est résolue affirmativement, elle donnera lieu à plusieurs autres questions qui, pour être secondaires, ne seront pas sans importance. Ce n'est que par des observations exactes et consciencieuses qu'on parviendra à les résoudre. Celles qui précèdent sont trop peu nombreuses pour être concluantes; mais elles acquerront quelque valeur, si d'autres faits viennent les confirmer.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES

SUR

LE TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS URÉTRAUX;

PAR M. LE Dr PAYAN,
Chirurgien à l'hôpital d'Aix.

Il n'est aucun point de thérapeutique chirurgicale dont on se soit plus activement occupé peut-être que du traite-

ment des rétrécissements de l'urètre. Bien des écrits sur cette matière ont été déjà publiés, bien des méthodes curatives ont été proposées et vantées, bien des instruments enfin ont été imaginés pour guérir ces infirmités; et cependant on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'il règne encore, à ce sujet, beaucoup de confusion et d'incertitude. Ce que les uns conseillent et recommandent, est rejeté comme insuffisant ou mauvais par les autres; et non-seulement on ne sait pas tomber d'accord sur le choix à faire des moyens curatifs, mais encore ceux qui sont employés constituent des méthodes souvent très-douloureuses, dangereuses quelquefois, et le plus souvent d'une désespérante durée. Comme, à peine au début de ma carrière chirurgicale, je me suis trouvé placé, il y a quelques années, sur un théâtre chirurgical assez étendu, où il devenait souvent urgent de prendre une détermination instantanée, j'ai amplement éprouvé ce que laissait d'embarrassant un pareil état de choses; et je me suis mis à même dès lors de profiter de la position que m'avaient faite les circonstances pour tâcher de reconnaître par quels moyens on pouvait parvenir à faire cesser le plus sûrement et le plus tôt les rétrécissements organiques de l'urètre, maladie si fréquente de nos jours. C'est le résultat de mes essais, ainsi que la description détaillée de la méthode très-peu usitée encore à laquelle je me suis arrêté pour la généralité des cas que je vais exposer dans ce travail tout pratique.

Désirant ne m'occuper, dans cet écrit, que de la partie pratique des rétrécissements urétraux, je négligerai de traiter tout ce qui s'en éloignerait tant soit peu : ainsi leurs causes, leur nature, leurs symptômes ne devront pas être étudiés ici; j'éviterai par là une foule de questions, qui ne sont pas

sans doute dépourvues d'intérêt, mais qui souvent importent peu à la pratique. La seule que je vais tâcher de résoudre est celle-ci : un rétrécissement organique de l'urètre étant donné, quelle est la meilleure manière de le traiter dans le plus grand nombre des cas ?

On sait que les rétrécissements organiques de l'urètre consistent en un obstacle permanent à l'émission libre des urines, produit par une altération de structure ancienne et persistante des parois du canal. Corriger cette lésion de tissu consécutive à un état inflammatoire ancien et chronique, est le but que cherche à obtenir la thérapeutique des coarctations urétrales. Or, on peut réduire à deux les méthodes générales qui, pendant long-temps, se sont disputées et se disputent encore l'assentiment de la plupart des chirurgiens, savoir : la cautérisation et la dilatation qui, l'une et l'autre, et surtout la dernière, ont été diversement modifiées. La première tend à guérir en faisant éprouver une perte de substance à la partie rétrécie; la seconde, en amenant l'affaissement des parties indurées et saillantes dans le canal, à l'aide de la pression excentrique qu'exercent la sonde ou la bougie. Quant ensuite à l'emploi des injections forcées, des scarifications, de la matanation, dont vient de parler un médecin de la Nouvelle-Orléans, etc., ce sont des moyens utiles dans quelques circonstances, mais que l'on doit regarder plutôt comme accessoires que comme généraux.

C'est à la première de ces méthodes que je me suis adressé d'abord au commencement de ma pratique. Élevé à l'école clinique de deux maîtres qui pratiquaient beaucoup la cautérisation, de Delpech et de M. Lallemand, de Montpellier, il était naturel que je donnasse la préférence au

procédé que j'avais vu suivre par ces illustres praticiens, quoique mes souvenirs ne me rappelassent pas toujours des succès. Toutefois, bien que par elle j'eusse obtenu quelques cures, il m'avait été facile de remarquer que beaucoup d'inconvénients l'accompagnaient, qu'elle était longue à amener la guérison, qu'il ne fallait quelquefois pas moins de quinze à vingt cautérisations, qu'elle s'accompagnait parfois de vives douleurs, d'accès fébriles, de véritables névralgies urétrales, etc.; que lorsque plusieurs rétrécissements existaient en même temps, c'était quelquefois à ne pouvoir en finir, et qu'enfin, il arrivait fréquemment qu'après des tentatives inefficaces, il fallait en revenir à la dilatation qui du reste, presque constamment, devait ouvrir la marche du traitement, pour favoriser l'introduction des porte-caustiques, et la clôturer plus tard. Aussi ne nous a-t-il jamais été possible de partager pour la cautérisation urétrale cet enthousiasme dont nous avions vu un de nos maîtres surtout pénétré; et pour nous, actuellement, la cautérisation n'est qu'une méthode purement secondaire.

Je ne pouvais manquer de m'adresser aussi à la dilatation telle qu'on la pratiquait et telle qu'on la pratique encore généralement; et, sous ce rapport, deux modes de dilatation étaient et sont encore conseillés presque exclusivement, savoir : la dilatation permanente et la dilatation temporaire; la première, s'effectuant avec des sondes et bougies laissées à demeure et renouvelées seulement toutes les vingt-quatre heures; la seconde, laissant séjourner la sonde depuis une demi-heure jusqu'à deux heures chaque jour, selon l'irritabilité des sujets; et cela, de l'une comme de l'autre façon, jusqu'à ce que la coarctation soit dissipée. En théorie, cette manière de procéder était captieuse et at-

trayante : il semblait que l'ouverture de l'obstacle une fois rencontrée et franchie, tout devait être par là terminé aussitôt. On obtenait un jour un peu de dilatation, le lendemain un peu plus, ainsi de suite; de telle sorte que peu de jours semblaient devoir suffire pour amener une guérison radicale. Les choses auraient pu se passer effectivement ainsi, si on avait eu affaire à un corps inerte ou privé de sensibilité et de vie; mais, malheureusement, l'observation ne tardait pas à faire reconnaître combien grande était l'irritabilité de l'urètre. La sonde, en effet, était-elle à demeure permanente? la membrane muqueuse urétrale s'irritait par la présence du corps étranger. Elle devenait rouge et vivement sensible d'abord; dans quelques jours une exhalation purulente s'effectuait sur la surface de la muqueuse phlogosée; un mouvement fébrile s'emparait de l'économie; il était rare enfin que l'on ne fût pas bientôt forcé de procéder au retrait de la sonde dont la présence devenait insupportable. Il fallait alors attendre que la phlogose factice s'arrêtât, que les accidents locaux et généraux qu'elle avait provoqués fussent dissipés; et quelquefois, quand après un laps de temps plus ou moins long on croyait devoir recommencer, on n'était pas peu étonné de trouver la coarctation dans le même état qu'avant ce commencement de traitement. Aussi, rien de moins commun que de parvenir par ce moyen à une dilatation complète ou à la guérison.

Plus facile, plus encourageante devait paraître la dilatation temporaire, qui, ne laissant, dans le canal, la bougie ou la sonde que peu de temps chaque jour, devait, par conséquent, ce semble, moins irriter. Sans contester les avantages de ce mode de dilatation sur le premier, conve-

nons cependant que lui aussi ne manque pas d'offrir ses inconvénients, quoique la plupart des praticiens en fassent encore leur méthode d'adoption, et que M. Civiale lui-même croie devoir la recommander par-dessus toutes les autres, dans un ouvrage sur les maladies des voies urinaires qu'il a publié l'an dernier. Ainsi les tentatives multipliées des cathétériques irritent, et au lieu de trouver le lendemain plus facile à traverser la voie préparée la veille par l'introduction de la sonde, c'est souvent l'inverse qui a lieu. La partie rétrécie se tuméfie fréquemment par suite de la phlogose provoquée par le corps étranger; de là une stricture plus prononcée, plus de difficultés pour l'émission des urines, et interruption forcée, par conséquent, du traitement. Que les praticiens qui deviendront lecteurs de ces pages veuillent bien arrêter leurs souvenirs sur ce point ; et l'expérience leur aura certainement démontré que la longueur et la durée des traitements par dilatation sont des inconvénients bien réels et incontestables. C'est ce qu'a bien reconnu M. Samson dans ses nouveaux Éléments de thérapeutique médico-chirurgicale, t. v, p. 170, dernière édition, quand il écrit ces lignes, que je ne regarde pas comme trop exagérées : « Le traitement des rétrécissements de l'u-
» rètre par dilatation permanente ou temporaire dure deux
» ou trois mois au moins, et quelquefois il en réclame huit
» ou neuf ; dans la grande majorité des cas, il n'est qu'un
» palliatif, etc. »

Aussi, quand le chirurgien de Lausanne, M. Mathias Mayor, publia, en 1835, son mémoire sur le cathétérisme forcé, pour faire cesser abruptement les coarctations urétrales, accueillîmes-nous avec plaisir le procédé que nous vantait cet ingénieux praticien. Les arguments dont il appuyait

sa méthode étrange et hardie, malgré leur cachet d'originalité, nous parurent séduisants et entourés d'une auréole de vérité un peu outrée peut-être, mais bien capable d'engager à expérimenter ce mode de traitement qu'il préconisait. Aussi, le premier parmi nos confrères d'Aix, cherchâmes-nous à traverser de force le rétrécissement et à pénétrer dans la vessie avec les gros cathéters de M. Mayor.

Les considérations qu'a publiées ce praticien sur le cathétérisme forcé sont déjà amplement connues du public médical. On sait que, d'après les théories qu'il a émises, la cautérisation et les méthodes ordinaires de dilatation doivent être délaissées; que, pour pénétrer dans la vessie, il conseille l'emploi d'un cathéter ou sonde métallique volumineuse, et que plus ce tube est volumineux, plus il est apte à vaincre la difficulté de l'obstacle, pourvu qu'il ne soit pas hors de proportion avec les dimensions présumées du canal; que ce cathétérisme s'effectue avec des sondes d'étain, qui ont l'avantage d'être résistantes, d'un beau poli, d'un prix modéré, qui sont, en outre, terminées par une extrémité pleine et arrondie, ce qui n'expose jamais aux fausses routes; que l'introduction de celles-ci à travers le rétrécissement, quelle que soit sa nature, s'opère par un véritable déplissement de la muqueuse, pourvu que l'on emploie une force continue, graduée et suffisante, etc.

Cette méthode n'a pas tardé à subir le blâme de beaucoup de médecins, dont certains ont appelé sur elle un arrêt de proscription, tandis que d'autres, quoique ne la répudiant pas, ne la veulent point aussi générale que l'a voulue M. Mayor, parce qu'ils ne la croient pas aussi innocente qu'il a plu à ce chirurgien de l'annoncer. Nous qui, comme nous l'avons précédemment déclaré, y avons eu recours plu-

sieurs fois, et qui lui avons même dû plusieurs beaux succès, nous nous rangeons volontiers à cette dernière opinion, et nous ne répugnerions pas d'y recourir encore au besoin, sans toutefois vouloir partager pleinement cette idée d'innocuité que lui attribue M. Mayor dans son zèle et son enthousiasme pour la répandre. On conçoit, en effet, fort bien que le rétrécissement soit parfois de telle nature qu'il ne puisse être franchi avec de gros cathéters sans des déchirures étendues; de là aux accidents consécutifs il peut ne pas y avoir loin. Il paraît même que plusieurs fois ces accidents ont existé; c'est ce qui fera que, malgré des succès bien avérés obtenus tant par M. Mayor que par d'autres praticiens, ce mode de cathétérisme ne sera employé qu'avec une certaine réserve; que la crainte des déchirures, des accidents consécutifs effrayeront toujours la prudence chirurgicale, et que les malades eux-mêmes, qui ne voient pas sans quelque appréhension l'introduction de ces gros cathéters, préféreront, par une autre méthode, attendre quelques jours de plus, s'il faut, l'époque de leur guérison, plutôt que d'avoir à courir quelques risques. Cela devra être ainsi, surtout quand, par une dilatation plus régulièrement faite qu'on ne la pratique ordinairement, on pourra leur procurer des guérisons aussi rapides presque que par le cathétérisme forcé, sans exposer à aucun des inconvénients qu'on a reprochés à celui-ci.

Ce n'est pas toutefois qu'il soit dans mes intentions de vouloir rapporter au cathétérisme forcé tous les accidents dont on a voulu le charger; il suffit de lire la plupart des observations publiées contre ce mode de dilatation, pour reconnaître aisément que, le plus souvent, la cause des accidents qui lui ont été attribués devait être reprochée

moins au cathétérisme en lui-même, qu'à l'inconcevable oubli des préceptes posés par **M.** Mayor ; ainsi, on ne voit nulle part, dans le mémoire de celui-ci, qu'il soit conseillé d'introduire forcément et séance tenante les quatre ou cinq premiers numéros, comme on l'a fait à l'Hôtel-Dieu de Paris : et ce qui étonne en cela, c'est qu'on se soit appuyé sur des faits pareils pour déprécier le cathétérisme forcé. Oui, pour nous, M. Mayor a rendu un vrai service à la science en le proposant, il a fait faire un pas au traitement des rétrécissements ; et quoique nous préférions actuellement une autre manière de faire, parce que sous tous les rapports elle nous paraît mieux valoir, nous n'en estimons pas moins le cathétérisme forcé comme bon dans bien des circonstances. Quelques faits vont, au reste, démontrer que nous avons su y recourir avec avantage.

Obs. I. — La première tentative de cathétérisme forcé, à l'Hôtel-Dieu d'Aix, fut par moi faite, en octobre 1835, chez un portefaix, ancien militaire, âgé de cinquante-quatre ans, qui, depuis quatre ou cinq années, portait un rétrécissement de l'urètre. A cette époque, la difficulté d'uriner était devenue plus prononcée ; le malade ne pouvait vider sa vessie que très-lentement et par un filet très-mince d'urine C'est, en un mot, parce que cet état lui était devenu insupportable qu'il se décida à venir réclamer les secours de l'hôpital. Le malade fut préparé pendant deux ou trois jours par un bain, des boissons délayantes, après quoi nous le soumîmes, le 16 octobre, au cathétérisme forcé de M. Mayor. Le cathéter n. 1 fut introduit aisément jusqu'à l'obstacle qui correspondait à la portion membraneuse et qui offrit d'abord beaucoup de résistance : je ne me déconcertai pas pour cela : fidèle aux conseils du praticien de Lausanne,

j'exerçai un effort modéré et continu en pressant du poids de ma main et de la sonde sur l'obstacle, et en pratiquant avec une certaine force des mouvements de va-et-vient pour aider l'action dilatante du cathéter. Enfin, au bout de deux ou trois minutes d'attente et de pression sur l'obstacle, je perçus ce bruissement brusque qui indiquait que quelque chose avait cédé dans le canal, et que la résistance avait été vaincue. La sonde, en effet, s'engagea presque aussitôt dans la vessie : un jet d'urine indiqua ce résultat. Un mouvement de satisfaction se manifesta chez le malade, et fit place à la sensation de cuisson qu'il avait éprouvée, quand l'obstacle se franchissait. La sonde fut laissée dans le canal pendant une demi-heure. A sa sortie, elle était un peu teinte de sang : il fut prescrit un bain de siége.

Une petite quantité de sang s'écoula par la verge pendant le jour : la journée se passa sans fièvre et sans douleur, sauf une légère cuisson quand le malade urinait.

17 octobre. Nouvelle introduction, avec quelques douleurs, du n. 1, suivie immédiatement de celle du n. 2, qui fut laissée encore pendant une demi-heure dans le canal. Absence de fièvre.

18 octobre. Répétition. Rien de particulier.

19 octobre. Introduction successive des cathéters n. 1, 2 et 3 : séjour de ce dernier pendant une demi-heure dans la vessie.

20 et 21 octobre. Introduction des n. 2 et 3, avec plus de facilité que la première fois. Absence de fièvre.

22, 23, 24 et 25 octobre. Introduction du n. 4, douloureuse les deux premiers jours, presqu'indolore les deux derniers.

Le malade fut ensuite sondé tous les deux jours seulement

avec le n. 4, que nous ne jugeâmes pas convenable de dépasser, jusqu'au 6 novembre, jour de sa sortie de l'hôpital. Pendant un mois encore, ce sujet venait se faire sonder tous les cinq ou six jours. Sa guérison a été ainsi obtenue, et sans aucun accident, à l'aide du cathétérisme forcé. Il n'y a pas eu de récidive.

Obs. II. — Au commencement de mai 1836 entra, dans les salles de l'Hôtel-Dieu, un vieillard âgé de soixante-deux ans, atteint d'une fistule urinaire qui s'ouvrait à la partie postérieure du scrotum, et qui existait, au dire du malade, depuis environ deux mois. L'introduction dans le canal d'une bougie porte-empreinte fit connaître, à cinq pouces environ de profondeur, un rétrécissement à orifice très-étroit qui était la cause première de l'affection fistuleuse. Encouragé par le succès précédent qui avait presque dépassé mon espérance, je voulus soumettre encore ce malade à la même méthode curative. En conséquence, le 8 mai je procédai, comme dans l'observation précédente, à l'introduction de la sonde n. 1. Comme la première fois, il fallut user d'un certain degré de force et de quelques minutes de patience. Enfin, l'obstacle fut vaincu; la sonde pénétra dans la vessie, non sans douleur toutefois. Pendant toute la journée, il coula du sang par la verge, ce qui effrayait un peu le malade : il put en perdre ainsi cinq ou six onces. Le malade eut un léger mouvement fébrile vers le soir qui avait presque disparu le lendemain matin.

Ce ne fut que deux jours après que je hasardai une deuxième introduction qui fut encore assez douloureuse, mais non difficile : une petite quantité de sang teignit encore la sonde que je laissai en place pendant une demi-heure. Absence de fièvre.

Repos le quatrième jour ; le cinquième, départ du malade qui ne voulut plus se laisser introduire la sonde.

Quoique cette observation soit incomplète, j'ai néanmoins cru devoir la mentionner préférablement à d'autres, à cause même de cette hémorrhagie urétrale qui a suivi le premier cathétérisme, et qui cependant n'a pas eu de résultat fâcheux. Elle avait été évidemment produite par la déchirure des tissus trop distendus par le cathéter forcément introduit.

Obs. III. — Elle se rapporte à un militaire chez lequel, après des tentatives inutiles du cathétérisme forcé mal exécuté, on avait été obligé d'y renoncer. Ayant repris quelque temps après le même traitement, j'obtins en peu de temps le plus beau des succès.

Louis C., sergent-major dans le 48e de ligne, fut reçu à l'hôpital le 18 décembre 1837. Le motif qui l'avait amené auprès de nous était le vif désir de se faire traiter d'un rétrécissement organique de l'urètre, consécutif à des blennorrhagies, et qu'il avait depuis sept à huit mois, rétrécissement qui l'avait jeté dans l'hypochondrie et dans un dégoût profond de sa profession qu'il était sur le point d'abandonner. Un chirurgien de service à l'hôpital voulut tenter la dilatation forcée à l'aide des sondes de M. Mayor. Deux tentatives infructueuses furent faites par lui en deux séances différentes, et sans autre résultat que des douleurs inutiles et un insuccès complet. Le malade, qui avait beaucoup souffert, découragé ne voulut plus se soumettre pour le moment à aucun traitement.

Au premier janvier, un changement de service ayant eu lieu, j'eus à m'occuper de la guérison de ce rétrécissement, et je tins à cœur d'employer encore le cathétérisme à la Mayor, qui ne m'avait pas paru appliqué avec toutes les

précautions nécessaires. Ayant donc regagné la confiance du malade pour les gros cathéters métalliques, je procédai, le 2 janvier, à l'introduction du n. 1. Son extrémité atteignit sans peine le point rétréci qui existait à environ cinq pouces de profondeur. J'appuyai alors la main sur le haut de la sonde, et j'exerçai ainsi une pression continue et favorisée par quelques mouvements légers de droite à gauche. Tout cela s'effectuait presque sans douleur. Enfin, au bout de quelques minutes, je sentis que la sonde s'enfonçait doucement, et je reconnus en même temps la sensation de ce bruit de glissement qu'opérait la partie coarctée en cédant à la pression de la sonde. L'urine coula par la sonde, et une vive satisfaction se manifesta chez le malade.

Je laissai la sonde en place pendant une demi-heure : quelques gouttes de sang s'écoulèrent à sa sortie. La journée se passa sans fièvre.

Le lendemain et le surlendemain, je me contentai d'introduire encore le même numéro, ce qui se fit avec assez de facilité et avec peu de douleur.

5 janvier. Introduction du n. 2 seul qui reste une demi-heure.

Idem, le 6 janvier.

7 janvier. Le n. 3 est introduit assez facilement.

15 janvier. Nous en étions déjà au n. 6, qui fut passé plusieurs fois.

Le malade a entretenu cette dilatation en se passant lui-même de temps en temps les cathéters n. 4 et 5 que je lui fis acheter. La guérison a été donc des plus complètes.

Je m'abstiens de citer deux autres observations de guérison de rétrécissements par le cathétérisme forcé, attendu qu'elles n'offrent aucune autre particularité digne de remarque.

Si le cathétérisme forcé a eu ainsi entre mes mains des succès assez manifestes, il est juste de dire aussi que dans deux autres circonstances, où j'ai voulu l'employer encore, je n'ai pas pu parvenir à franchir l'obstacle. C'est que lorsque j'ai employé un certain degré de force, je ne me soucie pas d'aller au-delà : il est des limites que je crois prudent de ne pas dépasser.

On aura pu remarquer, dans l'exposé de mes observations, que je n'ai pas toujours suivi exactement les préceptes de M. Mayor : c'est que l'expérience m'avait appris qu'il était préférable d'aller moins vite qu'il ne le veut. Ainsi, après avoir fait pénétrer le cathéter n. 1, au lieu d'introduire immédiatement le n. 2, j'ai pour habitude de m'en tenir à cette première introduction, et d'attendre au troisième ou quatrième jour pour engager le numéro suivant. J'en agis de la même manière pour les numéros qui suivent ; de la sorte, je retarde de quelques jours, il est vrai, l'introduction des forts numéros ; mais, en y arrivant d'une manière plus graduée, il y a moins de douleur pour le malade, moins de difficultés pour le praticien, et on se met à l'abri des irritations du col de la vessie et des autres inconvénients d'une dilatation trop abruptement obtenue.

Il est peut-être utile aussi d'observer, en passant, que, quoique les cathéters de M. Mayor aillent jusqu'au n. 6, c'est-à-dire jusqu'à quatre lignes de diamètre, il est rare qu'on doive porter la dilatation jusqu'à ce point. Il serait même quelquefois imprudent de vouloir le tenter. Tantôt il convient de s'arrêter aux n. 3 ou 4, tantôt on peut aller au-delà. C'est au génie du chirurgien de reconnaître quel est le degré qu'on peut atteindre et quel est celui qu'on ne doit pas dépasser.

Si je tiens moins actuellement au cathétérisme forcé, c'est que, depuis quelques années, j'emploie une autre méthode dilatatoire qui, sans exposer aux accidents qu'on a reprochés à celui-là, permet cependant d'obtenir l'élargissement des strictures urétrales presque aussi rapidement ; méthode dont déjà quelques applications ont été publiées sous la dénomination de dilatation subite, et qu'il serait plus convenable de nommer dilatation rapidement progressive.

La base de ce traitement repose sur cette propriété qu'ont généralement les strictures urétrales de se détendre et de s'affaisser quelques heures après qu'une sonde ou bougie les a pénétrées, ce qui permet alors à celle-ci, qui était d'abord fortement comprimée, qui souvent n'avait pu pénétrer qu'avec effort, de glisser bientôt aisément, et de pouvoir être remplacée par une autre plus grosse qui reproduira le même effet sur la partie resserrée.

Pour procéder au traitement d'une manière régulière, il faut, après avoir fait préparer le sujet par des bains, des boissons délayantes, un régime léger, commencer par bien s'assurer à quelle distance du méat urinaire existe le rétrécissement, quelle est son étroitesse, et quelle est la situation précise de son ouverture. Or, ces trois indications peuvent être remplies en même temps à l'aide d'une bougie porte-empreinte, celle de Ducamp, par exemple, que l'on sait être terminée par un bouton préparé avec parties égales de diachylum, de cire jaune, de poix de cordonnier et de résine. Celle-ci étant, en effet, une fois introduite dans le canal, où on la laisse pendant quelques instants, pour que la chaleur ait le temps de ramollir le mélange, si on vient à exercer un peu de pression sur son extrémité libre, le bouton passé alors entre le rétrécissement et la sonde tend à s'engager dans

les anfractuosités du rétrécissement et se prolonge dans son orifice. De sorte qu'en retirant avec attention la sonde, on aura par elle sa situation, sa forme et sa vraie position en profondeur.

Le plus difficile est ensuite, comme, au reste, pour toutes les autres espèces de dilatations progressives, de rencontrer avec l'extrémité de la bougie l'ouverture du rétrécissement et de l'y faire pénétrer. C'est là, à notre avis, la clé du problème dans le grand nombre de cas. La première bougie passée, il est rare que la seconde et les suivantes offrent de sérieuses difficultés à une main exercée. Indiquons donc les moyens de pouvoir procéder sûrement à cette introduction.

Disons d'abord que le plus souvent, quand on a soin de se munir d'une bougie qui est en rapport avec le passage du rétrécissement, et que l'ouverture de celui-ci est centrale et infundibuliforme, l'extrémité de la bougie tend à s'engager d'elle-même dans la voie qu'elle doit traverser. Quand il n'en est pas ainsi, deux raisons principales s'opposent à l'introduction facile du corps dilatateur : savoir, l'étroitesse extrême du passage, ou la position latérale de l'orifice du rétrécissement. Dans le premier cas, la difficulté provient du peu de résistance du corps qu'on doit introduire ; dans le second, elle résulte de ce que l'extrémité de la bougie manque l'orifice. Eh bien ! dans ces deux circonstances, je ne reconnais rien de plus favorable pour atteindre le but qu'on désire, que l'usage des conducteurs de Ducamp, qui sont des sondes en gomme élastique, n°s 8 ou 9, percées des deux bouts, et portant les divisions du pied. Par eux, les bougies les plus fines ou les cordes à boyaux, si on croyait devoir y recourir, étant moins sus-

ceptibles de flexibilité, offrent plus de résistance et peuvent plus aisément pénétrer dans l'étroit passage. Les conducteurs sont encore utiles, surtout quand le rétrécissement n'est pas au centre du canal, parce que se servant, dans ce cas, de ceux qui s'ouvrent latéralement, l'extrémité de la bougie pourra, par eux, être mise en rapport direct avec son orifice. J'ai eu plusieurs fois occasion de reconnaître les bons effets de ces instruments.

Quoi qu'il en soit, quand la bougie traverse le rétrécissement, voici ce qui arrive : on sent qu'elle râcle contre l'obstacle constricteur, quand elle est introduite, et si on veut la pousser davantage ou la retirer, on éprouve une certaine résistance. Mais celle-ci n'est pas permanente. Que l'on vienne au bout d'un temps qui pourra varier entre trois et cinq ou six heures, et l'on s'apercevra que la bougie, qui était serrée lors de son introduction, joue facilement dans le canal. C'est alors le cas de la retirer, de laisser uriner le malade et d'en introduire immédiatement une autre un peu plus grosse, que la dilatation obtenue permettra de pénétrer. Comme la précédente, cette dernière, serrée d'abord par la stricture, deviendra encore libre dans le canal au bout de quelques heures, ce qui permettra de la remplacer sans interruption par une troisième d'un numéro supérieur, ainsi de suite, jusqu'à ce que, par cette continuité de pression excentrique, on parvienne aux plus forts numéros, résultat qui, le plus souvent, est obtenu en fort peu de temps. Quand on a gagné un certain degré de dilatation, on peut, au lieu de bougies, introduire des sondes ayant des yeux à leur extrémité vésicale, pour l'émission des urines; mais dans le commencement, mieux valent les bougies. Lorsque ce mode dilatatoire est bien dirigé et

qu'on se rappelle bien cette règle importante de mettre le moins d'intervalle possible entre le retrait de l'une et l'introduction de l'autre, afin de prévenir le spasme, en peu de temps on gagne beaucoup sans que le canal soit trop fatigué.

Ce qui me donna l'idée de traiter de la sorte les rétrécissements urétraux organiques, ce fut un extrait que je vis dans un journal de médecine d'une note publiée en 1836 par M. Sirus Pirondi, qui écrivait que M. le professeur Lallemand recourait à cette dilatation subite dans les seuls rétrécissements qui reconnaissaient pour cause un engorgement des tissus cellulaires sous-muqueux, recommandant, pour les autres cas, de recourir à la cautérisation. C'était donc, pour M. Lallemand, une méthode exceptionnelle dans toute la force du mot.

Il n'en a point été de même pour nous : nous avons cru devoir l'employer dans les diverses coarctations organiques de l'urètre qui, depuis cette époque, se sont présentées à nous ; et, sur neuf cas, une fois seulement nous l'avons trouvée réfractaire : c'était contre un rétrécissement organique accompagné d'un spasme très-violent qui ne pouvait laisser supporter aucun corps étranger. Dans ce cas, au reste, la cautérisation et les scarifications ne furent pas plus heureuses. C'est au point, qu'en désespoir de cause, et pour obéir aux instances réitérées du malade, on le traita par l'incision extérieure ou boutonnière, laquelle, après beaucoup de temps et d'accidents assez graves, amena la guérison qui avait été inutilement demandée aux moyens ordinaires. Mais dans les autres huit cas, la dilatation rapidement progressive nous a donné huit guérisons dans assez peu de temps, et cependant, plusieurs de ces rétrécissements

offraient autre chose qu'un engorgement du tissu cellulaire sous-muqueux. Aussi ne comprenons-nous pas trop cette réserve de ne vouloir employer cette méthode que dans quelques cas exceptionnels : car enfin, en quoi consistent les coarctations urétrales organiques? C'est tantôt en un gonflement chronique de la muqueuse avec ou sans induration du tissu sous-muqueux, tantôt en des callosités caractérisées par des indurations, des nodus, des duretés, etc. Ici, ce qui caractérise la coarctation et la produit, ce sont des végétations du canal, des carnosités; là, des replis de la membrane muqueuse diversement disposées, etc. Or, dans tous ces cas, nous estimons que la dilatation rapidement progressive, telle que nous l'avons décrite, doit convenir fort bien, et doit être même le moyen le plus efficace pour combattre ces produits matériels de l'irritation, et pour rendre, par conséquent, au canal des urines ses dimensions perdues; car elle tend par son mécanisme, qui consiste dans une compression non interrompue, régulière, et qui s'exerce directement sur la partie resserrée, à activer l'absorption interstitielle et à amener la résolution des engorgements intra-urétraux. Ce qu'au reste la théorie seule nous avait fait amplement entrevoir, s'est heureusement trouvé confirmé par la pratique et l'expérience, cette dernière raison des choses en pathologie.

Et qui ne sait, au reste, que, dans la pratique de l'art, on ne va pas toujours s'enquérir de la nature des traitements existants et de la lésion organique qui les constitue. Je prends en témoignage de cette assertion ce qui se passe tous les jours. Un rétrécissement organique est-il donné? Je vois que généralement, quelle que soit sa texture, qu'il soit calleux, valvulaire, avec engorgement de la muqueuse;

ou du tissu cellulaire sous-muqueux, etc., sans trop se mettre en peine de préciser ces questions, on a recours à une même méthode médicatrice qu'on généralise d'après le choix qu'on en a préalablement fait. Avec bien plus de raison doit-on chercher à en faire autant par rapport au mode rapidement dilatatoire dont s'agit, puisqu'il est apte à produire des guérisons plus promptes et plus sûres.

Voici maintenant un point de pratique que je crois avoir suffisamment reconnu pour devoir le signaler, et qui tend à recommander de plus en plus ce genre de traitement. On sait qu'un des grands inconvénients de la dilatation temporaire, celle qui est le plus généralement employée, c'est la production des mouvements fébriles généraux, suite des tentatives de cathétérisme et de l'interruption de la compression, ce qui force souvent à suspendre le traitement. Eh bien ! il m'a paru que souvent cette fièvre était produite par la réaction et le spasme qui se déclaraient dans le canal quand il n'était plus comprimé. J'ai effectivement vu des malades chez lesquels les seules tentatives de cathétérisme dans les cas de rétrécissement occasionnaient la fièvre, tandis que ces mêmes malades passaient ensuite tout le temps de leur traitement par la dilatation subite et non interrompue sans rien éprouver de pareil.

Aussi, sommes-nous tellement convaincus de l'excellence de cette méthode, que nous la croyons destinée à devenir prochainement générale, à être préférée, par conséquent, aux autres espèces de dilatation, à la cautérisation, au cathétérisme forcé, etc. Elle réunit, en effet, trois conditions bien propres à lui assurer l'assentiment du grand nombre, savoir la simplicité des moyens, la sûreté de l'exécution et la courte durée du traitement. 1° Simplicité des moyens; sa-

chant se passer de tout ce matériel d'instruments qui, pour cette seule partie de la thérapeutique, constitue une espèce d'arsenal qu'on tend à agrandir encore tous les jours ; il lui suffit de quelques douzaines de bougies ou sondes en gomme élastique , objets qu'on a sans cesse sous la main. 2° Sûreté dans l'exécution ; on ne voit pas trop en effet à quels dangers elle pourrait exposer : j'ai dit d'autre part que je croyais qu'elle constituait le moyen le plus sûr pour éviter ces mouvements de fièvre qui accompagnent fréquemment les autres traitements. 3° Courte durée du traitement ; lorsque par elle on peut quelquefois , en moins de deux jours , parvenir graduellement et sans danger à l'introduction des bougies aux plus forts numéros, peut-on désirer davantage ? N'est-ce pas plutôt le cas de dire que , sous ce rapport, la thérapeutique des strictures urétrales a atteint une perfectibilité qu'il lui sera difficile de dépasser ?

Après ce court exposé des motifs qui me font préférer cette dernière manière de traiter les rétrécissements , relatons quelques observations à l'appui : l'exemple suivra ainsi de près le précepte.

Obs. IV. — Pendant le mois d'octobre 1836, je fus consulté par Justin M..., âgé de quarante-six ans, atteint depuis deux années d'un rétrécissement qu'il attribuait à des excès de sa jeunesse. Cet homme, qui m'avait été adressé d'un pays un peu éloigné , ne pouvant pas séjourner long-temps dans Aix, je résolus de tenter sur sa personne la méthode par dilatation subite , que je ne connaissais encore que par la note dont j'ai parlé. L'ayant donc préparé par quelques bains, des boissons mucilagineuses, pendant deux jours, je commençai le traitement curatif le 12 octobre. La sonde exploratrice me fit connaître que le rétrécissement résidait

à quatre pouces et demi de profondeur, qu'il était un peu sur le côté et à droite, et qu'il commençait par un orifice infundibuliforme, ce qui me fit espérer une facile introduction de la bougie. Une bougie n. 2 put effectivement s'engager après quelques difficultés. C'était alors huit heures du matin.

A midi précis, je retourne chez le malade ; déjà la bougie glissait avec assez de facilité, pour que je dusse la retirer. Je la remplaçai immédiatement, après avoir laissé uriner le malade, par une autre un peu plus grosse, qui était assez pressée en pénétrant.

Quatre heures du soir. Je vais revoir mon malade : la bougie n'est pas encore assez libre dans le canal ; je ne la retire qu'à cinq heures, pour la remplacer par le n. 4.

Dix heures du soir. J'introduis avec quelque peine la bougie n. 6, que j'engage le malade à garder, si faire se peut, jusqu'au lendemain matin.

Sept heures du matin, 13 octobre. Le malade ayant été dans la nécessité de retirer sa bougie à quatre heures du matin, pour rendre les urines, eut le bon sens de l'introduire encore. La voie de cette bougie était déjà assez libre pour qu'elle glissât aisément, et put, par conséquent, être remplacée par le n. 7.

La progression vers le succès que j'obtenais m'encourageait à surveiller avec soin ce traitement. Conséquemment, à onze heures, je passe une sonde n° 8, pour que le malade puisse vider sa vessie quand il voudra.

14 octobre. Quarante-huit heures après la première introduction de la bougie, je pus faire pénétrer une sonde n. 12. Voulant m'en tenir à ce résultat, qui me paraissait suffisant, je laissai la sonde jusqu'à trois heures

du soir, où elle fut sortie, et le malade mis presque aussitôt dans un bain.

15 octobre. J'introduis encore, non sans assez de difficultés, la sonde de la veille, le n. 12, et engage le malade à la garder une partie de la journée. Bain répété à quatre heures du soir.

Après quelques jours encore pendant lesquels je procédais à l'introduction de la sonde n. 12, le malade me quitta. Je lui avais appris à se sonder, et effectivement, il sut, avec assez de constance, se sonder lui-même pendant quelque temps encore, et assurer ainsi une guérison dont la rapidité m'avait étonné.

Obs. V. — Le nommé Garbet, âgé de soixante ans, qui, depuis un temps presque immémorial, éprouvait de la difficulté pour uriner, voit peu à peu se joindre à cette incommodité tous les symptômes d'un catarrhe vésical. Il se décide à venir se faire traiter à l'hôpital le 3 février 1836. Voici le détail des signes qu'il nous présenta alors : sa figure, à traits un peu crispés, indiquait un état de souffrance chronique ; depuis plus de six mois, il éprouvait une douleur sourde vers le bas-ventre, du côté de l'hypogastre ; ses urines, à odeur ammoniacale, étaient troubles et ne pouvaient être excrétées qu'avec difficulté, et même, quand les glaires s'engageaient dans le canal, qu'avec de pénibles efforts ; la chaleur de la peau était accrue, le pouls fréquent, le ventre paresseux; insomnies nocturnes.

Boissons mucilagineuses, bains de siége, potions calmantes ; comme l'indication première devait être de faire cesser le rétrécissement qui, empêchant le libre cours des urines, tendait à entretenir le catarrhe et à l'aggraver, je voulus m'éclairer sur sa position, sa profondeur, etc., et, à cet effet,

le 10 février, j'introduisis dans le canal, avec ménagement, une bougie porte-empreinte. Je reconnus alors que le rétrécissement était à quatre pouces huit lignes du méat urinaire, que son orifice était situé à droite, et fort étroit. Comment combattre maintenant ce rétrécissement? Avec l'état de souffrance du malade, l'indication était d'amener une guérison prompte, sans trop fatiguer le patient. Je n'avais, pour atteindre ce but, que le cathétérisme forcé de M. Mayor ou la dilatation rapidement progressive. Je me décidai pour cette dernière, quoique la position de l'ouverture du rétrécissement parût indiquer qu'il n'était pas dans la catégorie de ceux que l'on désignait comme devant être traités par ce moyen. L'introduction de la bougie m'ayant offert des difficultés, à cause probablement de la position latérale du passage étroit, je m'aidai d'un conducteur à ouverture latérale, et, par ce moyen, je pus engager une très-fine bougie d'une ligne de diamètre.

Dix heures du matin. J'introduis, sans me servir du conducteur, le n. 1, portant une ligne trois quarts.

Trois heures. Je passe au n. 2 sans trop de peine.

Le lendemain à quatre heures du soir, j'avais atteint le n. 7, que je ne voulus pas dépasser dans la crainte d'irriter cet homme depuis long-temps souffrant.

Mon but était atteint : j'avais voulu, en agrandissant le passage rétréci, empêcher la stagnation des urines dans la vessie. Ce résultat fut de la sorte obtenu sans qu'aucun indice de fièvre, provoqué par mes explorations, s'en suivît.

Obs. VI. — Cette observation est une des dernières qui se soient recueillies à l'Hôtel-Dieu d'Aix : elle a pour objet le nommé Boyal, d'Aix, marin de profession, qui avait eu plusieurs fois des gonorrhées, et qui éprouvait depuis plu-

sieurs années les signes d'un rétrécissement urétral. Traité déjà en 1836 par la cautérisation combinée avec la dilatation, il avait paru guéri, quand le mal se reproduisit quelque temps après ; et enfin, quand il est entré à l'Hôtel-Dieu le 15 mai dernier, il portait les traces d'un abcès urineux, qui s'était terminé par une fistule qui s'ouvrait à la partie postérieure des bourses. Du pus sortait quelquefois de la verge.

Bains généraux, soins de propreté, topiques émollients, boissons délayantes.

20 mai. Le cathétérisme me fait reconnaître un double rétrécissement : l'un peu profond et peu prononcé, l'autre placé à quatre pouces du méat et très-étroit. Je cherche avec insistance à le franchir avec une très-fine bougie, mais inutilement.

Quoique tout se fût passé avec beaucoup de ménagement dans cette première exploration, un peu de fièvre se manifeste chez le malade dans la soirée.

25 mai. Je reviens à la charge, et cette fois je suis assez heureux pour franchir l'obstacle. C'était à six heures du matin ; la bougie n'avait qu'une ligne de diamètre.

Onze heures. La bougie n. 1 ayant une ligne trois quarts de diamètre est placée à la place de la première.

Quatre heures. Le glissement facile de la bougie permet de procéder à l'introduction du n. 2.

A neuf heures du soir, nous passons au n. 4.

28 mai. Nous en étions déjà au n. 10. Dès ce moment, pour plus de commodité, et les principaux obstacles ayant été déjà vaincus, je me décidai à sonder le matin seulement avec les sondes de M. Mayor. Mais déjà la guérison pouvait être considérée comme obtenue.

Il est important de faire remarquer que cet homme, qui était assez irritable, et à qui une simple tentative d'introduction d'une bougie avait donné un accès fébrile, supporta cette dilatation ainsi graduée sans en être sensiblement incommodé. Il m'avait raconté aussi que, lors de son premier traitement, presque toutes les cautérisations, et souvent même les seules introductions de sondes, lui occasionnaient un malaise général et la fièvre.

Obs. VII et dernière. — Voici enfin le dernier fait que je crois devoir citer à l'appui de la méthode curative des rétrécissements par la dilatation rapidement progressive.

M. S...., capitaine au 48e régiment de ligne, était atteint depuis long-temps d'un rétrécissement marqué du canal de l'urètre. Il avait même éprouvé par suite quelques rétentions momentanées d'urine, quand il se trouvait en voyage, accident que les bains, le repos, les boissons délayantes combattaient facilement. Il en était venu au point de ne pouvoir uriner que par un jet filiforme, ce qui l'incommodait notablement. Un traitement par la dilatation forcée à l'aide des cathéters de M. Mayor ayant été inutilement tenté sur lui quelques mois auparavant, M. S..., qui savait que j'avais guéri facilement et en peu de temps un soldat de son régiment d'une maladie semblable à celle dont il était atteint lui-même, voulut venir se confier à mes soins. Convaincu de l'excellence de la méthode nouvelle, et devant avoir, au reste, le malade pour peu de jours, je songeai à le traiter par le mode de dilatation rapidement progressive, qui m'avait déjà procuré de beaux succès. C'est le 9 août de cette année que je commençai son traitement de la manière suivante : j'introduisis d'a-

bord dans le canal une bougie porte-empreinte par laquelle je reconnus que le rétrécissement était à quatre pouces dix lignes du méat urinaire, que son orifice était très-étroit et qu'il était situé non pas au centre de la coarctation, mais tout-à-fait au côté droit ; ce qui me fit présumer avec une presque certitude que j'aurais des difficultés pour l'introduction des premières bougies. Effectivement, une bougie très-fine ayant été introduite seule dans le canal, il ne me fut pas possible de lui faire franchir le rétrécissement, dont son extrémité ne rencontrait pas l'orifice. Je cherchai donc à vaincre cette difficulté à l'aide d'une sonde conductrice dont l'orifice intra-urétral était latéralement situé. Je parvins, après quelques tentatives, à engager dans la petite ouverture une bougie fine d'une demi-ligne de diamètre, laquelle y pénétra en râclant un peu, et que j'y laissai à demeure. Il était alors huit heures du matin.

Midi. Je retourne chez le malade : la bougie glisse déjà très-facilement ; je la retire, et, après avoir laissé uriner le malade, j'introduis immédiatement une bougie un peu plus forte, le n. 1, ayant trois quarts de ligne de diamètre. Cette introduction ne peut encore être faite qu'avec le secours du conducteur.

Quatre heures du soir. Glissement facile de la bougie n. 1, ce qui permet de la retirer et d'introduire, quand le malade a eu uriné, la bougie n. 2, marquant une ligne de diamètre.

Dix heures du soir. Cette dernière bougie joue déjà librement dans le canal ; je l'en retire et lui substitue, après une nouvelle évacuation des urines, sans l'aide du conducteur cette fois, la bougie n. 3 (une ligne un quart), qui doit rester toute la nuit. Mais, à trois heures du matin, un besoin

pressant d'uriner s'étant fait sentir, le malade retira sa bougie déjà glissante, et, après avoir satisfait à l'évacuation urinaire, il eut soin de la réintroduire lui-même.

10 août, deuxième jour du traitement. A six heures du matin, introduction de la bougie n. 4, marquant une ligne et demie, laquelle se trouve comprimée quand elle passe. Devenue libre à neuf heures, je la retire pour mettre à sa place une sonde un peu résistante marquant n. 5 ou une ligne trois quarts de diamètre. Je préférai dès ce moment employer les sondes, pour éviter au canal, qui commençait à s'irriter et à cuire quand les urines passaient, le contact de ce liquide irritant.

Deux heures du soir. Introduction de la sonde n. 6 : à 6 heures, introduction du n. 7, indiquant deux lignes un quart de diamètre ; et enfin, à dix heures du soir, introduction de la sonde n. 8 (deux lignes et demie), pour qu'elle y reste pendant la nuit.

Onze août, à six heures du matin, je passe sans beaucoup de peine la sonde n. 9 (deux lignes trois quarts). Le malade, au bout de trois heures, la retire ; et comme déjà l'introduction du tube occasionnait une douleur assez vive vers la base du gland, sans accompagnement de fièvre toutefois, il est convenu que nous suspendrons le traitement et qu'un bain sera pris dans l'après-midi. Le malade, qui déjà urinait par un jet aussi fort qu'il avait jamais été, était émerveillé du résultat si rapidement obtenu.

12 août. Suspension encore continuée du traitement.

13 août. Le malade devant se mettre en route quelques jours après, je pensai à introduire le cathéter n. 1 de M. Mayor, afin que M. S... pût plus aisément continuer lui-même le traitement qui était déjà en si bonne voie. Effectivement, ce ca-



théter passa sans difficulté; mais la vive douleur qui siégeait à la base du gland se réveilla pendant le glissement du cathéter et devint nulle dès qu'il fut introduit. Un quart d'heure après, on le retira sans peine. Au bout d'une demi-heure, quand le malade voulut uriner, une cuisson intolérable se fit sentir dans le canal, vers la fosse naviculaire, pendant le passage des urines. Un accès fébrile, parfaitement semblable à celui d'une fièvre intermittente, se déclara peu après et dura quatre heures. Quoiqu'il ne se soit plus reproduit pendant les cinq jours que le malade a encore passés à Aix, je n'ai plus voulu introduire d'autres sondes, quoique, vingt-quatre après, le canal ne ressentît plus de douleur.

C'est avec intention que j'ai voulu ajouter cette observation aux précédentes, quoique le traitement, qui, à la rigueur, peut être suffisant, n'ait pas été poussé jusqu'à sa dernière limite, parce qu'elle prête matière à des considérations qui ne sont pas sans importance. Ainsi, on aura remarqué le résultat, qui a été tel, qu'on a pu, au bout de deux jours seulement, atteindre le n. 9 (deux lignes trois quarts de diamètre), sans le moindre indice de fièvre. D'un autre côté, on aura pu s'apercevoir, par la position de l'orifice du rétrécissement, que celui-ci paraissait constitué par une espèce de diaphragme ou cloison intra-urétrale qui, de prime abord, eût paru indiquer plutôt la cautérisation. Or, je demande si, avec celle-ci en deux jours, on serait parvenu à l'introduction d'une sonde n. 9?

Pour en finir et pour nous résumer, nous estimons que, dans la grande majorité des cas, et quelle que soit la nature des rétrécissements organiques de l'urètre, la dilatation rapidement progressive et à action continue dont j'ai décrit le mécanisme l'emporte sur toutes les autres manières de

traiter ces maladies, dans le plus grand nombre des cas.

Que par elle, sans être exposé à aucun des accidents que l'on redoute toujours des cathétérismes forcés, on peut parvenir aussitôt, plus tôt même, à l'introduction des sondes les plus volumineuses que puisse comporter le canal, puisque moins de trois jours suffisent quelquefois pour atteindre ce résultat.

Que, pour amener par ce moyen le traitement à sa fin, il faut autant que possible parvenir à l'introduction des sondes ou bougies marquant de trois à quatre lignes de diamètre, afin qu'après la cessation de ces moyens désobstruants, le canal, qui revient toujours sur lui-même, conserve assez de dilatation.

Que si on devait trouver trop gênant de se rendre auprès du malade aussi assidûment qu'il est nécessaire pour pousser à bout le traitement, on se trouvera bien, à mon exemple, de commencer la dilatation urétrale avec cette méthode et de continuer ensuite, quand on est arrivé aux n. 7 et 8, le restant du traitement avec les cathéters de M. Mayor, associant ainsi deux méthodes bien susceptibles de s'allier ensemble.

Et qu'enfin l'innocuité de cette médication dilatante, et la rapidité des succès qu'elle peut assurer, peuvent lui faire rapporter plutôt qu'à aucune autre l'application de l'adage chirurgical : *Tutò, citò et jucundè.*

———

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

Neuf années de séjour à Constantinople, observations sur la topographie de cette capitale, l'hygiène, les mœurs de ses habitants, etc.; la peste, ses causes, sa marche, etc.; par M. le docteur Brayer.

Lors de la publication de cet ouvrage, la *Revue médicale* donna un aperçu sommaire de la théorie qu'il renferme touchant la nature de la peste, ses causes, ses formes variées, son mode de transmission et son traitement (1). M. Brayer, qui a pratiqué neuf ans la médecine dans la ville de Constantinople, dans ses faubourgs et les villages voisins; qui a traversé plusieurs épidémies de peste, dont deux ont eu un caractère de malignité prononcée; lui qui a vu et touché des pestiférés, il nie formellement que cette affection redoutable soit contagieuse, dans le sens vulgaire de ce mot: il blâme l'institution et le maintien des lazarets, des cordons sanitaires, des quarantaines. Ces moyens lui paraissent insuffisants et mal organisés, si l'on admet, dit-il, les préjugés des contagionistes; mais il les condamne de plus comme inutiles et dangereux, dans la conviction où il est que le fléau qu'ils sont destinés à repousser naît d'un miasme gazéiforme, suspendu dans l'atmosphère, qu'il est

(1) Année 1836, t. II, p. 306.

propagé par lui, et non par un virus fixe, susceptible d'adhérer à telles ou telles substances, d'être transporté avec elles à des distances indéfinies, et de transmettre l'infection après un délai illimité.

Nous n'énoncerons aucun jugement sur les opinions médicales de cet auteur, puisqu'elles ont été déjà examinées et discutées dans ce recueil. Nous nous proposons aujourd'hui de considérer son œuvre sous un point de vue moins spécial et comme propre à intéresser toutes les classes de lecteurs, par un tableau fidèle et entièrement neuf des mœurs, des croyances et des coutumes les plus secrètes de l'Orient, par la révélation de la vie intérieure des harems (1), ces retraites inaccessibles à tous les yeux, sur lesquelles on débite tant de contes ridicules.

Les tribus ou sectes diverses dont se compose la population indigène de Constantinople, habitent chacune un quartier distinct où elles vivent selon leurs lois, leurs usages, leur religion, sous la surveillance et la responsabilité de leurs chefs respectifs. Les étrangers résident tous dans un faubourg séparé du reste de la ville par un bras du Bosphore, qui est très-large, et forme le port le plus beau du monde.

Les Turcs, qui sont la nation dominante, occupent l'espace enclos par le mur d'enceinte. Aussitôt que les rayons du soleil couchant ne dorent plus les pointes des minarets, le musulman, sorti dès le matin pour vaquer à ses occupations, se hâte de rentrer dans sa petite maison de bois,

(1) Appartement destiné aux femmes dans toute famille musulmane. On applique aussi le nom de harem aux personnes mêmes qui l'habitent.

comme un cénobite dans sa cellule. Là, il partage en silence avec sa famille un frugal repas ; puis il se retire dans sa chambre à coucher pour s'acquitter de ses pratiques religieuses, et sa femme ne tarde pas à venir l'y joindre, après s'être assuré que tout est en ordre dans le logis.

La paix, le silence règnent sur cet asile jusqu'au retour de l'aurore. Rien au-dedans ni au-dehors ne trouble le repos de la nuit. Tandis qu'au faubourg de Péra, qui est le quartier des Francs, le tumulte, les cris, le mouvement se prolongent bien avant dans l'obscurité, comme dans une ville d'Europe.

Cette peinture de la vie intime d'un adorateur du prophète, dont je n'offre ici qu'un extrait, est moins poétique sans doute que celle qui nous le représente s'enivrant de parfums, de musique et de volupté, au milieu de femmes empressées de lui plaire et d'esclaves occupés à le servir ; mais M. Brayer ne raconte que ce qu'il a vu de ses propres yeux, non ce qu'il a imaginé, comme tant d'autres. Il n'oublie jamais cette maxime trop négligée par un grand nombre d'écrivains et de voyageurs :

Rien n'est beau que le vrai, le vrai seul est aimable.

S'il rapporte quelque chose sur la foi d'autrui, il a toujours soin de nous en avertir.

On sera moins étonné de notre ignorance sur les mœurs de l'Orient, et des fausses idées que nous nous en faisons, quand on saura combien il est difficile d'acquérir des notions positives à ce sujet. Les villes de ce pays ne ressemblent en rien à celles de l'Occident. Ceux qui y arrivent sont réduits à ne voir que leurs compatriotes, à ne fréquenter que les réunions alternatives des ministres européens.

Les Naïa (1) qui ont adopté insensiblement les usages de la nation dominante et qui redoutent la présence et la critique de l'étranger, l'admettent difficilement dans l'intimité de leurs familles. Il est encore plus malaisé de s'introduire chez un musulman, et tout-à-fait impossible de pénétrer dans son harem. Aussi, les voyageurs, après avoir vu rapidement les monuments les plus curieux, les plus belles perspectives de Constantinople, s'y ennuient-ils à mourir, et s'enfoncent-ils promptement en Asie et en Égypte, à la recherche de nouvelles sensations.

M. Brayer est redevable à sa profession de médecin et à un heureux concours de circonstances d'avoir eu accès dans toutes les maisons, auprès des personnes de tout rang, de tout âge et de tout sexe. Il en a profité ponr étudier les coutumes, les caractères, la manière de vivre de chacun d'eux, l'influence que ces conditions exercent sur la santé en général, et sur le développement et la propagation de la peste en particulier.

Il donne de tous ces objets des descriptions tellement exactes et circonstanciées, qu'il semble qu'il les fait toucher au doigt. Voici entr'autres le portrait des bateliers de Constantinople, qui forment une classe extrêmement nombreuse avec laquelle il a eu de fréquents rapports :

« Ils sont généralement beaux, bien faits et de la plus grande propreté. Les fontaines, les bains attachés à chaque monument public, leur facilitent les lotions, les ablutions prescrites par l'islamisme. Leurs vêtements, quoique

(1) On désigne par ce nom tous les sujets de la Turquie qui ne sont pas mahométans, tels que les Juifs, les Grecs, les Arméniens, etc.

grossiers, sont rarement tachés. Leur nourriture est peu abondante, mais saine; l'eau est leur seule boisson. Une foi aveugle, entretenue par la prière, leur donne une physionomie calme, sérieuse, les pénètre profondément de leurs devoirs religieux et sociaux, non-seulement envers leurs co-religionnaires, mais même envers les *dgiaours* (infidèles).

» A l'approche d'un voyageur, le désir du gain les fait bien accourir au-devant de lui, le harceler un peu, s'il n'est pas connu pour avoir son batelier d'habitude; mais jamais ils ne cherchent à s'enlever leurs pratiques. On n'entend parmi eux ni mots indécents, ni jurements grossiers, ni anecdotes risibles ou scandaleuses. Si quelquefois ils parlent de leur harem, c'est d'un air grave et seulement au médecin, pour lui demander un secret qui guérisse leur femme, leur mère ou leur enfant malade.

» Mon drogman, chargé des détails, arrêtait rarement le prix du transport. Si le temps était mauvais, les vents contraires, la course longue, qu'il désirât savoir au juste combien elle coûterait : « Tu le sais mieux que moi, » était la seule réponse qu'il pût obtenir. A notre retour, il calculait en lui-même ce que la course pouvait valoir et remettait au batelier ce qu'il croyait juste de lui donner. « *Bérèkiat-versin* (Que Dieu t'accorde l'abondance)! » répondait ce dernier.

» Si le drogman, en préparant la somme, laissait tomber quelques pièces de monnaie qui, vu leur petitesse, glissent facilement entre les doigts, et vont se perdre dans l'eau stagnante sous le plancher du kaïk, il se contentait de dire à l'ousta : « J'ai laissé tomber de l'argent; tu chercheras et me le rendras demain. » Le jour suivant, de grand matin, la somme faible ou forte était fidèlement rapportée.

»Vous aviez donc la perle des bateliers? s'écriera le lecteur étonné de la différence entre les individus de cette classe dans l'Orient et en Europe. — Nullement, ils croyaient à leur religion et la pratiquaient. Les Arméniens, les Grecs, les Juifs, qui exercent cette industrie en concurrence avec les Turcs, sont aussi devenus exemplaires sous le rapport de la probité. »

Le livre de M. Brayer est semé d'anecdotes curieuses ou piquantes, qui servent à mieux faire comprendre les caractères et les mœurs qu'il décrit. On voit qu'il se plaît à raconter et qu'il y excelle. Qu'on me permette d'en citer un exemple, en abrégeant toutefois son récit à cause du défaut d'espace.

« Fatigué d'une course longue et pénible sur la côte asiatique du Bosphore, je me reposais avec volupté sous l'ombre d'épais tilleuls, de platanes séculaires et de saules pleureurs, à l'entrée de la charmante vallée de Sultaniïé. Plusieurs Musulmans aisés avaient aussi fait de ce lieu champêtre le but de leur promenade. On remarquait, entre autres, à l'extrémité la plus éloignée de la terrasse, un harem composé de la femme d'un effendi avec sa mère, de deux enfants, dont un à la mamelle, et de deux petites esclaves qui, à vingt-cinq ou trente pieds de leurs maîtresses, indiquaient la distance que personne ne doit dépasser; elles étaient toutes voilées comme à l'ordinaire. Les Musulmans, le dos tourné, se seraient bien gardés de jeter les yeux sur elles : et moi, rigide observateur des usages des divers pays que j'ai parcourus, je regardais de tout autre côté, quand une des esclaves, âgée de dix à onze ans, s'approchant du lieu où j'étais assis, éleva la voix et dit : « *Hékim*, *kadun tanior,*

» *guiel* (Docteur, kadune (1) te connaît, viens). » .... Alors je m'avançai.... « Professeur, tâte un peu le pouls de ma » fille, et dis-nous si elle se porte bien. » Ces derniers mots, prononcés d'une certaine manière, me firent comprendre qu'il s'agissait ici de reconnaître, non si la jeune femme était en bonne ou en mauvaise santé, mais si elle était enceinte. Pour découvrir quelque symptôme qui pût aider mon diagnostic, je jetai sur elle un coup d'œil rapide. Elle était accroupie sur une natte de jonc, le visage voilé, les épaules couvertes d'un châle qui descendait sur sa taille et sous lequel le ventre sembla présenter une légère rotondité. Le peu du bras que je voyais et la main que je soutenais étaient potelés et d'une grande blancheur, ses doigts arrondis et teints à leur extrémité en jaune-orangé.

» Je tâtai le pouls avec toute la gravité médicale, et prenant un air sérieux, je dis : « Hanem (2) se porte bien : de » plus, il y a quelque chose.—Quoi donc? reprit la kadune » avec vivacité. — Hanem est enceinte. » Et toute la société d'être charmée de l'heureuse nouvelle. « Il n'est pas bien » difficile, dit la kadune, de connaître par le pouls quand » une femme est enceinte ; notre juif me le disait jadis cha» que fois que je l'étais, et il ne se trompait jamais ; mais » de deviner de combien de mois au juste, voilà le grand » talent. Dis-nous-le, je t'en supplie. » La jeune femme m'offre de nouveau son bras : j'observe encore l'abdomen ; je jette les yeux sur l'enfant auquel elle donnait le sein et qui pouvait avoir de neuf à dix mois. Je me rappelle l'usage où sont les riches Musulmans de laisser celle de leurs fem-

---

(1) Kadune signifie la mère d'une jeune femme qui est mariée.
(2) Jeune femme mariée.

mes qui leur a donné un fils se reposer pour qu'elles puissent consacrer les premiers mois à l'allaitement, et j'annonce que, *inch-allah!* (s'il plaît à Dieu!), hanem est grosse de trois mois et demi à quatre mois.

» Ce n'est pas tout; on voulut savoir si l'enfant qu'elle portait était un garçon ou une fille. Je ne pouvais, sous peine de perdre tout crédit auprès de ce harem, refuser de satisfaire à cette question. En conséquence, je m'informe de l'âge et de la santé du père, de la couleur de ses yeux, de la grosseur de sa tête, et après avoir tâté le pouls une troisième fois, je n'hésite pas à répondre que, inch-allah! hanem accoucherait d'un garçon qui serait le portrait de son père. »

Le diagnostic du docteur Brayer, en cette circonstance, nous semble très hasardé, son pronostic touchant le sexe et les traits de l'enfant, on ne peut plus téméraire; mais pour juger sa conduite, il faudrait être au fait des coutumes de l'Orient. Voyons ce qu'il dit pour sa défense.

« Ma prédiction mit le comble à la joie du harem, et tout le temps qui se sera écoulé jusqu'à l'accouchement aura été pour lui un temps de bonheur. Puis, si l'enfant qui naît est un garçon, je deviens le médecin par excellence, le grand professeur qui lit clairement dans les profondeurs de l'avenir. Si, au contraire, c'est une fille, la surprise du harem sera grande, très-grande, sans doute: à peine en croira-t-il ses yeux. Mais en Turquie, je me trouve pleinement justifié par ce mot *inch-allah*, qui termine le discours et même la plupart des phrases de tout vrai croyant. — Il n'a pas plu à Dieu que ce fût un garçon, quoique le médecin l'eût vu clairement par le pouls. Qui est le maître? l'homme ou Dieu? Dieu sans doute, qui peut tout. C'était un garçon

alors, maintenant c'est une fille. Que peut y faire le médecin? lui-même en sera étonné. Allah-kerim (Dieu est grand)! »

Ces détails sur les mœurs, les lois, les coutumes d'un pays sont indispensables, quand on veut donner une notion exacte de l'hygiène publique et particulière de ses habitants; et l'on doit savoir gré au docteur Brayer des recherches minutieuses et difficiles auxquelles il a dû se livrer pour les obtenir. Si tant de précieux documents ont peu éclairci l'obscurité profonde qui enveloppe l'étiologie de la peste, son mode de transmission, sa marche, son traitement, les moyens de prévenir son invasion, il faut l'attribuer au manque total d'observations directes et complètes sur cette maladie, qui se fait vivement sentir dans un ouvrage de ce genre. Toutefois, on ne peut lui refuser le mérite d'avoir préparé la voie qui conduit à la découverte de la vérité sur ces questions importantes, en la déblayant d'une foule de préjugés qui l'embarrassaient.

V. Renouard, D.-M.-P.

De la médecine légale des aliénés dans ses rapports avec la législation criminelle; par A. Bottex, médecin de l'hospice de l'Antiquaille, de Lyon, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc.

Depuis que l'aliénation mentale, dont l'étude et le traitement furent si long-temps négligés, a fixé l'attention des médecins qui, durant tant de siècles, n'avaient même pas songé à en faire l'objet de leurs observations et de leurs méditations, une foule de questions ont été soulevées, et un

bon nombre semble déjà complètement élucidé. Depuis que cette branche si intéressante de la médecine est rentrée dans son véritable domaine, des applications ont été faites qui semblaient téméraires, tant elles étaient nouvelles et inattendues, de la connaissance des maladies cérébrales aux actes qui s'accomplissent sous l'influence de ces états morbides qu'il n'était plus possible de méconnaître. Et l'on s'est demandé si des hommes qui, de l'avis de tous, étaient regardés comme criminels ne seraient pas simplement malades, aliénés ; c'est-à-dire, si au lieu de la peine de mort, du bagne, de la prison, etc., il ne valait pas beaucoup mieux, pour être humain et juste, les renfermer dans un hôpital et les soumettre à un traitement bien dirigé.

On comprend toute l'importance de pareilles idées, car elles ne tendaient rien moins qu'à faire absoudre le meurtrier, l'incendiaire. Aussi trouvèrent-elles une violente opposition qui se maintient encore dans presque toute son énergie. Rien de plus difficile, en effet, que d'établir les limites de la liberté morale, que de dire à quel moment l'homme cesse d'être responsable de ses actions bonnes ou mauvaises. On craignait de tomber dans un excès contraire et de trouver partout une vaine excuse. Que fallait-il faire pour entraîner la conviction? Observer sans préventions, réunir des faits, et en déduire un certain nombre de conclusions qui constitueraient, en quelque sorte, les lois de l'esprit humain malade, lois non moins importantes à connaître que celles qui le régissent dans son état d'intégrité.

Il est bon toutefois de rappeler qu'il y aurait de l'inexactitude, presque de l'injustice, à dire que c'est de nos jours seulement que les médecins ont éclairé la justice sur les aberrations de l'esprit et du cœur des prétendus coupables :

« On sait, dit M. Esquirol, qu'à la fin du XVe siècle Marescot, Riolan et Duret, chargés d'examiner Marthe Brossier, accusée de sorcellerie, terminèrent leur rapport par ces mots mémorables : *Nihil à demone, multa ficta, à morbo pauca.* »

W. Hunter, Pinel, Gall, et quelques autres médecins philantropes, demandèrent à différentes époques que la loi fût rendue plus humaine, par cette raison que, dans bien des cas, la liberté morale peut être tellement affaiblie qu'il est parfois très-difficile de distinguer l'innocent du coupable. Vinrent ensuite les travaux de Georget, Fodéré, de MM. Esquirol, Falret, Marc, Ferrus, etc., qui tous éclairèrent à divers degrés cette importante question.

En dirons-nous autant de quelques autres travaux plus récents, dans lesquels on n'a pas su éviter un excès qui était fort à craindre, celui de nier la liberté morale, d'appeler fous et d'excuser ainsi tous les scélérats.

M. Bottex, médecin d'un grand hôpital d'aliénés, appelé souvent à traiter ces diverses questions en justice, fait connaître aujourd'hui les faits qu'il a eu occasion d'observer, et les inductions qu'il a cru devoir en tirer; tel est l'objet du livre dont nous devons ici rendre compte. L'auteur avait à éviter ce dernier écueil que nous venons de signaler ; l'observation attentive des faits, de logiques déductions, et surtout une bonne philosophie l'en ont préservé.

Il recherche successivement, et par ordre de puissance, les diverses causes qui peuvent modifier ou détruire la liberté morale, telles que l'ignorance, le fanatisme, les passions violentes, l'ivresse, le somnambulisme, l'épilepsie, et les diverses espèces d'aliénations mentales. Des faits bien choisis, et la plupart observés par l'auteur, viennent à l'appui des idées qu'il soutient. Du reste, tout en faisant la part

d'action, en quelque sorte irrésistible, de la plupart de ces causes, M. Bottex sait mettre des restrictions dans leur appréciation. Ainsi, relativement aux passions, il fait remarquer avec toute raison qu'assimiler complètement les passions à l'aliénation mentale, serait immoral et dangereux. Considérer, en effet, les passions comme des folies passagères qui excluent la culpabilité serait encourager le crime par la certitude de l'impunité. L'homme en proie à la colère ou au désir de la vengeance, tourmenté par la jalousie ou par un amour malheureux, révolté par l'injustice, n'est souvent plus maître de lui, il est comme un fou; mais il ne doit pas moins être responsable de ses actions, parce que c'est à lui de se connaître, et de faire des efforts d'autant plus grands pour ne pas tomber dans ces écarts qu'il sait que ses passions sont plus violentes. Les passions faussent, obscurcissent le jugement, il est vrai, mais elles n'enlèvent pas la connaissance du rapport réel des choses : l'homme dominé par elles n'est pas précisément aliéné, et le glaive des lois doit rester suspendu sur sa tête pour lui fournir un motif de plus de résister à ses penchants et de les subjuguer.

Dans les cas cependant où des individus bons et justes perdent par la colère toute influence sur eux-mêmes et ne se possèdent plus, chez lesquels la fureur tient réellement de la folie, il est clair que la liberté morale est fort restreinte, si elle n'est entièrement détruite; c'est aux jurés à apprécier jusqu'à quel point ils peuvent excuser un individu qui, bon jusque-là, aura commis un crime, sans intérêt, dans un moment de fureur, et à juger s'ils doivent admettre des circonstances atténuantes.

Cela mérite une attention d'autant plus sérieuse, qu'un accès de fureur peut être quelquefois le début de la folie;

l'expérience prouve, en effet, qu'elle peut se développer spontanément, et avoir pour premier résultat des crimes atroces. Les accusés alors ne sont pas même mis en jugement, parce que la fureur persiste après le crime; et cependant il n'y a de différence réelle entre ces deux états que dans l'instantanéité de l'un et la persévérance de l'autre.

L'usage immodéré des boissons fermentées excite les facultés intellectuelles, l'abus provoque le délire et détermine une véritable folie artificielle passagère. Aussi, suivant la loi romaine, l'ivresse servait d'excuse : *Per vinum capitalis pœna remittenda est.* « Cependant, dit M. Bottex, nous n'admettons pas que l'ivresse habituelle, que l'intempérance et l'ivrognerie puissent jamais atténuer un crime; mais nous croyons que l'ivresse accidentelle, chez un homme ordinairement sobre, doit être prise en considération comme circonstance atténuante, puisqu'il est de toute évidence que dans cet état l'homme agit sans discernement » (P. 58).

On ne doit pas oublier non plus que l'abus des liqueurs fermentées cause quelquefois un genre particulier de folie, le *delirium tremens,* décrit par quelques auteurs allemands, et, en France, par MM. Rayer et Léveillé. L'individu atteint de ce délire ne saurait être responsable de ses actions. Enfin, ainsi que l'a très-bien noté M. Esquirol, l'ivrognerie est quelquefois, non la suite de l'intempérance, mais le premier degré, le commencement d'une véritable monomanie dont le principal caractère est un entraînement irrésistible pour les boissons alcooliques.

Une question fort délicate est celle relative à la culpabilité des somnambules. Haufbaner, Fodéré, ne les regardent pas comme innocents, parce que leurs actions sont probablement, disent-ils, le résultat des idées et des méditations

de la veille. Fodéré est encore plus sévère, il n'hésite pas à condamner le crime commis par le somnambule. Suivant M. Bottex, qui appuie cette idée sur d'excellentes raisons, le crime commis pendant le somnambulisme doit toujours être excusé; mais, comme il serait facile de simuler cet état dans un but criminel, l'excuse ne devrait être admise qu'autant que l'individu serait reconnu être somnambule, et que le crime serait sans intérêt. Cette dernière condition nous semble un peu sévère, car de la pensée à l'intention formelle il y a souvent une grande distance : il en existe aussi entre l'intention et l'exécution; cette distance, c'est la liberté morale, c'est l'état normal des facultés intellectuelles qui la conserve. Or, si la volonté n'est plus libre, s'il y a irrégularité, anomalie d'action, comme il y en a souvent dans les rêves, l'individu doit-il être responsable d'actes qu'il n'a, en quelque sorte, pas voulus?

L'observation prouve qu'il est fort peu d'épileptiques dont les facultés intellectuelles restent long-temps intactes, et, chez quelques-uns même, il se développe, après chaque crise un peu forte, un accès de fureur qui dure quelques minutes seulement ou plusieurs heures. Ces derniers doivent évidemment être assimilés aux aliénés, aux maniaques furieux pendant le temps de ces crises, car ils agissent irrésistiblement, et sont absolument privés du libre arbitre. M. Bottex cite, à ce propos, l'observation d'un épileptique qui, ayant perdu la raison à la suite d'accès répétés, commit un meurtre, pour lequel il fut mis en jugement. On le renvoya de toute poursuite comme atteint d'épilepsie et de démence furieuse.

« Cela ne saurait empêcher cependant que les épileptiques qui ne sont pas furieux pendant leurs crises, et ceux

dont les facultés intellectuelles n'ont pas été altérées, ce qui est rare, ne rentrent dans le droit commun ; encore pensons-nous, dit M. Bottex, qu'on devrait admettre des circonstances atténuantes lorsque le crime a été commis sans aucun motif d'intérêt. »

Avant d'arriver aux diverses maladies qui détruisent entièrement la liberté morale, l'auteur établit d'une manière générale que l'hystérie, l'hypochondrie, l'état de grossesse, certains besoins impérieux, restreignent singulièrement le libre arbitre, et doivent être pris en grande considération par les magistrats et les jurés.

Il n'insiste pas sur le fait de la démence prévu par le Code, et dans lequel il n'est même pas besoin de médecin expert, la maladie étant évidente pour tout le monde ; mais il s'attache surtout à faire voir la difficulté de porter un bon jugement sur les actes produits par des individus atteints de folies intermittentes ou de diverses monomanies.

Dans le but d'éluder cette importante question, l'auteur s'appuie sur les travaux des médecins modernes qui se sont occupés de ce sujet, et sur les observations déjà connues dans la science ou dans les annales judiciaires, enfin sur plusieurs faits d'un grand intérêt qu'il lui a été donné d'observer. L'histoire de cette domestique atteinte d'aliénation mentale et qui avait volé sa maîtresse (p. 61) ; celle de ce malheureux halluciné qui tua sa fille pour la guérir des tourments qu'elle éprouvait en entendant sans cesse comme lui des bruits, des voix, etc. (p. 64) ; le fait de cet autre halluciné qui disait entendre la voix d'un ange dont il recevait des ordres auxquels il était obligé de se soumettre (p. 66), nous ont surtout frappé. Nous en dirons de même de l'observation relative à un cas de monomanie homicide (p. 73)

chez une jeune femme qui, sans aucun motif, plonge un couteau dans le cou d'un enfant en bas-âge, puis assassine sa propre mère et un autre enfant. Une quatrième victime lui résiste, mais l'on parvient à se rendre maître de cette malheureuse.

M. Bottex apprécie également l'influence de la monomanie incendiaire (pyromanie de M. Marc), bien étudiée par les médecins légistes allemands; les faits qu'il rapporte prouvent évidemment que, dans beaucoup de cas, les individus sont aussi irrésistiblement poussés à mettre le feu que d'autres à voler ou à tuer leurs semblables; que cette monomanie peut donc, lorsqu'elle est bien caractérisée, compromettre la liberté humaine; il n'y a plus alors, malgré les apparences, culpabilité, mais folie.

Tout en faisant la part de ces idées vraies, basées sur les faits, il ne faudrait pas leur donner trop d'extension. Ce serait tomber dans cet étrange abus que nous avons accusé en commençant; ce serait détruire instantanément toute morale, toute vertu, toute distinction du juste et de l'injuste, bouleverser la société, et comme le dit l'auteur avec raison, rien ne nuirait tant à ces principes que de vouloir trop en étendre le domaine. En les restreignant dans de justes limites, en faisant la part d'une foule de circonstances variées, imprévues, souvent cachées, et difficiles à découvrir, il n'est pas douteux que ces idées ne soient bientôt adoptées par tous les médecins, et favorablement accueillies par les magistrats auxquels elles fourniront d'utiles lumières.

Si M. Bottex n'avait déjà pris rang dans la science par des travaux consciencieux qui dénotent à la fois un grand talent d'observation, un jugement sévère, beaucoup de logique et de hautes qualités morales, nous

terminerions l'analyse de son ouvrage par quelques mots d'éloges justement mérités ; nous aimons mieux renvoyer le lecteur à un livre dont nous n'avons pu donner ici qu'une idée sans doute inexacte et incomplète ; il y retrouvera l'auteur *Du siége et de la nature des maladies mentales*, de l'*Histoire des hallucinations, etc.;* le professeur qui a créé à Lyon l'étude clinique de l'aliénation mentale, et il lui rendra comme nous toute justice.

Z.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS.

Caractères généraux du rachitisme. — Hémiplégie faciale chez les nouveau-nés.— Section des tendons ou des muscles dans les déviations latérales de l'épine. — Percussion latérale dans le diagnostic des hernies. — Opium dans le tremblement nerveux. — Traitement du cancer externe. — Catalepsie intermittente quotidienne. — Efficacité de la compression dans un grand nombre de cas.— Granulations des paupières. — Angine laryngée œdémateuse.

Gazette médicale (Août 1839).

I. — *Mémoire sur les caractères généraux du rachitisme ;* par M. le docteur Jules Guérin. — Les recherches consignées dans ce travail d'une assez grande étendue, peuvent se résumer comme il suit :

1° Le rachitisme est une maladie générale de l'enfance, caractérisée par l'altération ou perversion et même par la suspension du travail de développement et de réparation de l'organisme, et principalement du système osseux.

2° La marche du rachitisme, considérée comme affection du squelette, comprend trois périodes distinctes : la période d'*incubation* ou d'*épanchement*, la période de *déformation*, et la période de *résolution* ou d'*éburnation* ; à chacune de ces périodes correspondent des symptômes généraux propres et des altérations particulières du système osseux.

3° L'influence du rachitisme sur le tissu osseux se révèle par quatre ordres de faits distincts : la *déformation*, l'*altération de tissu*, l'*arrêt de développement* et le *retard de l'ossification*.

4° La déformation rachitique du squelette se développe successivement de bas en haut, des os de la jambe aux fémurs, des fémurs au bassin ; puis viennent successivement ou simultanément les différentes parties des membres supérieurs, le thorax, et en dernier lieu la colonne vertébrale et le crâne. Le degré des déformations est en rapport avec leur ordre de développement, d'où il suit que la déformation rachitique d'une portion du squelette implique toujours la déformation des portions situées au-dessous.

5° La plupart des os du squelette rachitique sont toujours relativement moins développés en longueur et en largeur que les os du squelette normal ; cette réduction, qui est indépendante de celle résultant des déformations, s'opère suivant la même loi que ces dernières, c'est-à-dire successivement de bas en haut et graduellement de haut en bas. La proportion, suivant laquelle toutes ces parties du squelette sont réduites de bas en haut, est exprimée par une série régulière de nombres, qui permet de déduire approximativement de la dimension d'un seul os la dimension des autres parties du squelette.

6° La réduction plus grande des membres inférieurs, comparée à celle des membres supérieurs, établit entre ces

parties des rapports de longueur qui répètent et perpétuent ceux de l'âge où la maladie s'est développée.

7° La réduction des os, considérée chez les adultes rachitiques, est le résultat de l'arrêt de développement du système osseux, sous l'influence directe de la maladie, et du ralentissement consécutif de son accroissement postérieur à la maladie.

8° La texture des os rachitiques offre des caractères tout-à-fait différents, suivant qu'on les observe pendant la période d'*incubation* du rachitisme, pendant la période de *déformation*, pendant la période de *résolution;* ces caractères diffèrent même au commencement et à la fin de chacune de ces périodes; ils diffèrent aussi suivant les *degrés* et l'*ancienneté* de l'affection.

9° Pendant la période d'incubation du rachitisme, il se fait un épanchement de matière sanguinolente dans tous les interstices du tissu osseux, dans les cellules du tissu spongieux, dans le canal médullaire, entre le périoste et l'os, entre les lamelles concentriques de la diaphyse, entre les épiphyses et les diaphyses, entre les noyaux épiphysaires et leurs cellules, dans les os courts et les os plats, comme dans les os longs ; en un mot, dans toutes les parties du squelette et dans tous les points du tissu osseux où se distribuent les radicules des vaisseaux nourriciers. De cet épanchement résulte le dédoublement des parties composantes du tissu, et le gonflement, le boursoufflement des différentes portions du squelette.

10° Pendant la seconde période du rachitisme, période de déformation, en même temps que la trame du tissu osseux perd de sa consistance et se ramollit, la matière qui continue à se déposer dans tous les interstices du tissu osseux, tend à s'organiser : elle passe successivement de la forme cellulo-vasculaire à la forme cellulo-spongieuse.

Cette matière de nouvelle formation est surtoul abondante entre le périoste et l'os, entre la membrane médullaire et le canal, entre le périoste et la table externe des os plats, et entre les lames de ces derniers.

11° Pendant la troisième période, la période de résolution, le tissu de nouvelle formation dans les os longs et dans quelques os plats et courts, passe à l'état de tissu compacte et tend à se confondre avec l'ancien tissu qui recouvre sa dureté première. Cette addition d'un tissu nouveau au tissu ancien donne une très-grande épaisseur, et surtout une très-grande largeur à quelques parties des os qui avaient été le siége de l'organisation du tissu spongieux nouveau de la période précédente.

12° Dans l'état que j'ai désigné sous la dénomination de *consomption rachitique*, et qui résulte d'un degré exagéré de l'affection, le dédoublement et l'écartement des parties composantes du tissu osseux a été tel, que leur réunion ne s'est pas opérée, et que l'organisation de la matière épanchée n'a pas eu lieu. Dans cet état les cloisons et les lamelles osseuses sont restées écartées, et la consistance de l'os primitif a été réduite au point que leur couche extérieure n'est plus formée quelquefois que par une pellicule mince.

13° La texture des os rachitiques chez les adultes, quand la maladie s'est complétement résolue, offre une compacité et une dureté supérieures à celle de l'état normal. Dans cet état, que j'ai appelé *éburnation rachitique*, on ne distingue plus aucune trace de la réunion des éléments de l'ancien os avec ceux de l'os nouveau.

14° Les difformités de l'épine qui arrivent vers l'âge de puberté, et toutes celles qui n'ont pas été précédées de déformations des membres inférieurs, ne sont point de nature rachitique.

15° Le rachitisme est une affection essentiellement diffé-

rente des *scrofules*, ou de l'affection *tuberculeuse* des os, ainsi que de toutes les espèces de *ramollissement des os qu'on observe chez les adultes;* il faut exclusivement réserver pour ces dernières affections la dénomination d'*ostéomalacie.*

II.— *Essai sur l'hémiplégie faciale chez les enfants nouveau-nés;* par M. H. Landouzi, docteur en médecine à Rheims, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Les ouvrages de pathologie, même les plus récents et les plus complets, ne font aucune mention de la paralysie de la septième paire de nerfs, qui survient chez les enfants nouveau-nés, par suite de l'application du forceps. La première observation de cette espèce d'hémiplégie appartient à M. le professeur Paul Dubois : quelques auteurs allemands en avaient rapporté la cause à une compression de l'encéphale.

Le mémoire de M. Landouzi est basé sur quatre observations, dont deux lui ont été fournies par M. Paul Dubois. On y voit que c'est aussitôt après la naissance, et au moment des premiers cris de l'enfant, que paraissent les symptômes de l'hémiplégie faciale, quand elle a pour cause la compression de la septième paire par le forceps. La commissure des lèvres est fortement déviée ; l'aile du nez paraît moins ouverte et moins mobile que celle du côté sain, et les paupières du côté malade sont ouvertes, tandis que celles du côté sain restent closes; tout un côté de la figure semble entraîné vers l'autre, et cette difformité, exagérée encore quand les cris de l'enfant augmentent, donne à sa physionomie l'aspect le plus bizarre. Si les cris viennent à cesser, et aussitôt que l'enfant reprend du calme, les phénomènes de déviation des muscles de la face disparaissent presque complètement. Aussi, beaucoup d'hémiplégies faciales chez les nouveau-nés ont dû rester ignorées, quand elles n'étaient pas poussées trop loin, parce que, d'une part,

on ne pouvait les constater pendant les moments de calme, et que, d'une autre part, on les confondait pendant les pleurs, les cris ou le sourire de l'enfant, avec les grimaces que produisent toujours les contractions irrégulières auxquelles ces actes donnent lieu. — La marche de cette affection est ordinairement rapide et ne tarde pas à se terminer heureusement. Chez l'adulte, la saillie de l'apophyse mastoïde, du conduit auditif externe et du muscle sterno-mastoïdien, rendrait presque impossible une compression de la septième paire à sa sortie du rocher; mais chez l'enfant naissant, l'absence presque complète de l'apophyse mastoïde et le peu de développement du conduit auditif font que l'extrémité de la cuillère du forceps peut porter sur l'origine du nerf facial, surtout si la tête se présente en inclinaison pariétale. Mais cette compression du nerf à la sortie du trou stylo-mastoïdien doit avoir lieu rarement, le forceps étant appliqué le plus ordinairement dans le sens du diamètre occipito-mentonnier.

Le traitement doit être, dans la plupart des cas, purement hygiénique : l'hémiplégie a toujours disparu spontanément dans les observations de M. Landouzi.

F. R.

L'Expérience (Juillet et Août 1839).

I.— *La section des tendons ou des muscles est-elle applicable à la cure des déviations latérales de l'épine?* Telle est la question que M. Bouvier décide par la négative, et il se fonde sur ce qu'ici la déformation osseuse est primitive, précède de beaucoup le raccourcissement secondaire des muscles, quand celui-ci existe, et constitue à elle seule pendant long-temps la cause immédiate de la courbure dont elle forme toujours l'élément le plus essentiel. Aussi les cour-

bures persistent-elles au même degré, lorsque sur le cadavre on opère la division et même l'enlèvement des muscles. On ne saurait donc appliquer aux déviations latérales de l'épine les principes de physiologie pathologique et de thérapeutique établis pour les pieds-bots, le torticolis, certaines rétractions et flexions permanentes des membres dont la contraction musculaire est l'élément essentiel, tandis que la déformation osseuse, lorsqu'on l'observe, n'est que consécutive.

II. — *Application de la percussion latérale au diagnostic des hernies*, et spécialement des hernies ombilicales et de la ligne blanche. — En appliquant le plessimètre perpendiculairement à la surface d'une tumeur abdominale saillante supposée une hernie, et exerçant la percussion directe, la sonoréité peut être due aux gaz contenus dans les intestins placés derrière et dans la cavité de l'abdomen. M. Piorry, pour s'assurer de la présence d'une portion d'intestin dans la tumeur même, propose d'appliquer le plessimètre sur une des faces latérales de cette tumeur, le bord de l'instrument s'appuyant perpendiculairement sur la paroi abdominale. La percussion dès-lors ne saurait induire en erreur, et la sonoréité est un indice certain qu'on a affaire à une hernie intestinale.

E. C.

Bulletin de thérapeutique (15 et 30 Juillet et 15 et 30 Août 1839).

I. — *De l'emploi de l'opium à dose progressivement augmentée dans le tremblement nerveux.* — L'efficacité de l'opium dans

le *delirium tremens* a suggéré l'idée d'expérimenter ce narcotique contre l'un des éléments de ce trouble de l'innervation, c'est-à-dire le tremblement sans délire en l'absence de fièvre. Quoique les faits rapportés à l'appui de cette méthode thérapeutique soient peu nombreux et peu concluants, l'indication tirée de l'analogie nous paraît néanmoins assez rationnelle, et nous pensons qu'il serait bon de poursuivre les essais de l'opium dans le tremblement nerveux récent et apyrétique, sans apparence d'ailleurs de congestion cérébrale. L'opium a été ainsi porté graduellement jusqu'à la dose de six grains par jour. On sait que dans le *delirium tremens*, Sulton et Saunders l'ont administré à la dose effrayante d'un à deux gros dans 24 heures.

II.— *Traitement du cancer externe par la ligature des vaisseaux sanguins et la section des filets nerveux qui se distribuent à la partie malade.* — Persuadé que l'abord du sang et les phénomènes locaux de la sensibilité jouent un très-grand rôle dans le travail localisé de l'affection cancéreuse, M. Jobert vient d'expérimenter cette nouvelle méthode thérapeutique. Après avoir lié les branches artérielles principales et coupé les filets nerveux qui se rendaient à la partie cancéreuse, cet habile chirurgien a vu l'ulcère changer d'aspect et parvenir à la guérison. Cet heureux résultat a été obtenu sur quatre cancers des lèvres et un cancer de la langue. L'avenir apprendra si la cicatrisation ainsi amenée est plus sûre que quand on a procédé à l'extirpation.

Analysant la part que prennent à l'affection cancéreuse l'appareil vasculaire et le système nerveux, M. Jobert pense que la ligature des vaisseaux sanguins est plus importante que la section des filets nerveux. Du reste, le traitement du cancer par la compression nous paraîtrait pouvoir reposer sur des vues théoriques analogues ; on agit

dans les deux cas sur la circulation et sur l'innervation locales.

III. — *Catalepsie intermittente quotidienne guérie par le sulfate de quinine.* — Le sujet de cette observation, rapportée par M. Fuster, est une demoiselle de vingt ans qui éprouva, pendant quelques jours, des accès qui tenaient à la fois de la catalepsie et de l'extase. Cette jeune personne, déjà très-nerveuse et un peu hystérique, perdait tout-à-coup, et pendant environ deux heures, le sentiment et l'usage des mouvements, conservant d'ailleurs la faculté de penser, d'entendre et de voir. Avec les mouvements volontaires, il n'y avait que les sensations tactiles abolies, et l'âme était livrée aux rêveries délicieuses de l'extase qui se peignait également dans la physionomie. Le sulfate de quinine, à la dose de quinze grains, fit cesser ces accès, qui reparurent pendant quatre à cinq jours à peu près à la même heure. La malade sortit du dernier accès, dit M. Fuster, « par un éclat d'exaltation morale qui répandit sur ses traits un air d'inspiration sublime, enflamma momentanément son imagination des feux du génie, et la poussa à improviser sur le piano une brillante mélodie. »

A. L.

Journal des connaissances médico-chirurgicales (Juillet et Septembre 1839).

I. — *De la compression et de son efficacité dans un grand nombre de cas;* observations par M. Bertherand. — Que l'on m'ôte l'eau, le nitrate d'argent et la compression, s'écrie M. Bertherand, et je renonce à faire de la chirurgie. C'est assez

dire le cas que ce praticien fait de ce dernier agent thérapeutique. Son emploi lui a, du reste, procuré quelques succès assez remarquables.

Dans un cas d'écrasement du doigt annulaire droit pris entre deux portes, la compression faite à l'aide de bandelettes de diachylon, amenées de la pointe et de la base de cet organe vers la plaie, suffit pour faire disparaître, au bout de quelques jours, tous les accidents morbides, tels que le gonflement inflammatoire qui était très-intense, la suppuration qui entrainait déjà plusieurs portions des cartilages articulaires, ainsi que les trajets fistuleux. On avait inutilement eu recours aux sangsues et aux topiques émollients. Deux petites attelles adaptées à l'appareil déterminèrent la formation d'une ankylose, et le malade put conserver ainsi un organe qu'on était presque décidé d'abord à amputer.

Dans un second cas beaucoup plus grave, ce traitement a amené une guérison presque désespérée. Il s'agissait d'un érysipèle phlegmoneux au bras gauche, survenu à la suite d'une coupure au pouce, et qui s'était développé avec beaucoup de rapidité, nonobstant l'emploi d'un traitement antiphlogistique très-énergique et des moyens émollients. Déjà plusieurs phlegmons étaient formés. La douleur était extrême, les doigts ne pouvaient plus se mouvoir, de nombreuses fusées purulentes décollaient les faces palmaires et dorsales de la main, malgré de nombreuses incisions faites dans cette partie, et baignaient les pièces du pansement, lorsqu'on tenta la compression à l'aide de bandelettes de diachylon appliquées autour des doigts, puis circulairement à l'avant-bras, tandis que des compresses graduées, fixées méthodiquement sur les parties les moins attaquées, avaient pour but de refouler et de circonscrire le pus vers les orifices existants. Des gâteaux de charpie furent placés sur

toutes les ouvertures afin d'absorber la suppuration, et le tout fut maintenu par un bandage roulé. La durée du premier appareil fut de soixante heures. Il ne détermina aucune douleur, et amena une amélioration sensible dans plusieurs points. Une nouvelle application eut lieu. Elle dura cinq jours. Les effets furent tels qu'au bout de dix jours il n'y avait presque plus de suppuration, et la cicatrisation était très-avancée. Elle est complète aujourd'hui.

Ces faits ont amené M. Bertherand à tirer les conclusions suivantes :

1° L'application des moyens dilatateurs après l'incision des abcès est un moyen souvent insuffisant dans l'érysipèle phlegmoneux ;

2° Après l'ouverture d'une collection purulente, la compression, exercée du point le plus éloigné de l'orifice vers celui-ci, favorise le recollement des parties ;

3° Les inconvénients reprochés aux appareils de compression permanente sur des surfaces arrosées de pus sont, sinon tout-à-fait gratuits, du moins considérablement exagérés ;

4° Les sangsues et les émollients facilitent quelquefois les engorgements plutôt que d'en hâter la résolution ;

5° Les bandelettes de diachylon sont le moyen préférable à employer dans la compression. Outre leur vertu agglutinative et la facilité avec laquelle on les dirige sur toutes les parties, la préparation qui les recouvre en fait un topique modificateur souvent utile des parties qu'elles recouvrent et auxquelles elles n'adhèrent pas néanmoins.

II. — *Des granulations des paupières et de leur traitement, et spécialement des moyens thérapeutiques applicables aux granulations des paupières supérieures* ; par M. Gouzé. — L'au-

teur de ce travail pense que les granulations palpébrales sont la cause première de l'ophthalmie qui désole quelques armées de l'Europe depuis le commencement de ce siècle, et la nôtre en particulier depuis sa formation. Il croit aussi que l'état granuleux se transmet par infection des anciens soldats aux nouvelles recrues, et se propage ainsi d'une manière permanente parmi nos troupes. Il cite plusieurs faits et plusieurs noms à l'appui de cette assertion, en admettant toutefois que dans certains cas on doit reconnaître à cet état morbide une toute autre origine. Du reste, ajoute M. Gouzé, on doit dans tous les cas donner une attention sérieuse à cette altération, parce qu'elle est le germe de l'ophthalmie purulente qui sévit sur des individus quelconques réunis en trop grand nombre dans un espace relativement trop petit. La cautérisation par le nitrate d'argent fondu est, selon ce praticien, un moyen à peu près infaillible pour détruire les granulations des paupières. La manière dont il y procède varie suivant qu'il porte le caustique sur la paupière supérieure ou inférieure. Le premier de ces organes renversé et maintenu par le doigt de l'opérateur, le malade portant fortement les yeux en haut, il passe lentement et également le crayon sur toute l'étendue de la muqueuse, puis il promène immédiatement après, sur la surface cautérisée, un pinceau imbibé d'huile d'olives, et, la paupière étant rendue à sa position normale, il laisse le patient entièrement libre de ses actions. Cette opération est répétée tous les quatre à six jours, dès que l'eschare est tombée ; dans l'intervalle, il fait pratiquer sur les paupières des frictions de laudanum liquide, qui contribuent puissamment à dissiper ces phénomènes. Quelquefois, après avoir pratiqué plusieurs cautérisations, il reste au centre de la muqueuse des points blancs, lisses, déprimés, autour desquels la muqueuse se boursouffle ; il

faut alors cautériser de nouveau, jusqu'à ce que toute la surface interne de la paupière soit réduite à une membrane lisse, d'un blanc grisâtre.

Pour la paupière supérieure, M. Gouzé emploie de préférence le nitrate d'argent liquide qu'il porte sur les granulations à l'aide d'un pinceau. Un guide intelligent ayant retourné la paupière supérieure, et la maintenant dans cette position en faisant saillir autant que possible la muqueuse, l'opérateur abaisse lui-même la paupière inférieure, ordonne au malade de regarder en bas, et étend une couche du liquide caustique sur toute la surface altérée, qui blanchit à l'instant; il parcourt ainsi tous les points malades. Immédiatement après, un autre pinceau de soie de porc, plus résistant, imbibé d'huile d'olives, est passé à son tour sur la partie cautérisée, et il sert en même temps, pendant qu'on le retire, à repousser le bord adhérent du fibro-cartilage, de manière à replacer la paupière dans sa position naturelle. Deux ou trois cautérisations suffisent ordinairement. Dans l'intervalle, on fait pratiquer des frictions avec le laudanum. La cautérisation médiate à l'aide du pinceau est plus facile à circonscrire, à porter profondément sous la paupière supérieure, et ne donne jamais lieu aux altérations consécutives de la cornée que produit souvent la première.

III. — *Quelques mots et quelques faits relatifs à l'angine laryngée œdémateuse;* par M. Leyroux. — L'infiltration séreuse ou séro-purulente du tissu cellulaire sous-muqueux du larynx, d'où résultent le boursoufflement de la membrane muqueuse et l'occlusion plus ou moins complète de quelque point de ce conduit, un obstacle à l'introduction de l'air dans la poitrine, et des accidents de suffocation plus ou moins rapidement mortels, telle est la maladie qui a fixé

l'attention de M. Leyroux. Ce médecin ne la considère pas comme une maladie à part, mais comme un effet, une complication d'autres affections plus ou moins graves par elles-mêmes. Due ordinairement à une phlegmasie laryngée simple ou spécifique, elle peut advenir sans phénomène inflammatoire. Les ulcérations de diverses natures du larynx, les affections rhumatismales des appareils fibro-séreux qui unissent les cartilages de cet organe peuvent lui donner naissance. La phlegmasie ou l'œdème peuvent prédominer l'un sur l'autre, et mériter indistinctement toute l'attention du praticien. La marche de l'œdème laryngé est quelquefois chronique. Le plus souvent elle est rapide. Quelquefois elle n'est que de quelques heures. Quelques faits fort intéressants, suivis de réflexions qui leur sont particulières, rapportés par M. Leyroux, confirment ces assertions. Dans la première observation, l'angine a été précédée d'un catarrhe pulmonaire, et, malgré l'emploi d'un traitement anti-phlogistique très-énergique, la mort s'en est suivie. Entre autres altérations, l'autopsie a fait découvrir une infiltration de sérosité citrine dans le tissu cellulaire de la base de la langue, du voile du palais, de ses piliers et de la luette; l'épiglotte était relevée, boursouflée et fortement infiltrée; toutes ces parties offraient une légère teinte rosée et quelques traces de piqueté rouge. Les replis muqueux arythéno-épiglottiques infiltrés, un peu moins cependant que les autres parties, mais moins flasques, s'affaissaient facilement sur l'ouverture du larynx. L'infiltration allait en décroissant de haut en bas. Les bronches étaient remplies de mucosités visqueuses, épaisses et filantes. Le malade qui fait le sujet de la deuxième observation était atteint d'un rhumatisme chronique, et avait présenté des symptômes de congestion cérébrale qu'une seule application de sangsues avait fait disparaître,

lorsque tout-à-coup la maladie se déclara, et marcha avec une très-grande rapidité, malgré l'emploi des sangsues et des autres agents anti-phlogistiques. Les accidents allaient toujours en augmentant, et la suffocation était presque imminente, lorsque M. Leyroux, ayant introduit le doigt indicateur dans le larynx, sentit parfaitement une espèce de bourrelet de chaque côté de l'ouverture de cet organe. Il cherche à en opérer la déchirure à l'aide de l'ongle; il ne réussit qu'imparfaitement. Toutefois, à la suite de cette manœuvre, répétée plusieurs fois malgré les efforts convulsifs du malade, il s'écoula un peu de sang mêlé à des mucosités abondantes. Le malade paraît soulagé; la respiration devient plus libre. Quelques heures après, les accidents s'étant renouvelés avec plus d'intensité, la suffocation étant fortement à redouter, M. Leyroux déchire de nouveau le bourrelet, après avoir taillé l'extrémité libre de l'ongle de l'index, de manière à former des pointes aiguës. Un large vésicatoire est en même temps appliqué à la partie antérieure du col. Le lendemain matin, tous les accidents avaient presque disparu. La guérison complète du malade ne se fit pas long-temps attendre. M. Leyroux cite encore deux autres observations d'angine laryngée œdémateuse. Dans l'une, l'angine, compliquée de pleuro-pneumonie avec récidives, a été suivie de mort; le vésicatoire et les insufflations alumineuses avaient paru avoir seuls quelque effet. Et dans l'autre, le malade a guéri à la suite des émissions sanguines. Les symptômes laryngés observés chez ces malades ont été toujours à peu près les mêmes : douleurs, raucité de la voix, bruit croupal, frôlement particulier difficile à caractériser, mais qui, d'après M. Leyroux, est un signe précieux; inspiration difficile, courte, incomplète, fréquente; expiration facile, imminence de suffocation. Ces symptômes sont propres, d'après l'auteur, à faire recon-

naître cette redoutable affection, que l'on pouvait confondre avec la laryngite aiguë, le croup, les diverses espèces de phthisies laryngées, les végétations syphilitiques, les polypes du larynx, et peut-être aussi avec une affection spasmodique de cet organe. M. Leyroux insiste sur les caractères distinctifs de ces affections, et passe au traitement de l'œdème du larynx.

Le traitement anti-phlogistique, lorsque la maladie est de nature éminemment inflammatoire, est celui qui réussit le mieux. Dans les autres cas, quelques émissions sanguines peuvent être utiles au début, mais elles ne suffisent point ; il faut s'attaquer alors à la congestion séreuse. L'application d'un large vésicatoire au col, la déchirure du bourrelet formé par l'œdème sous-muqueux, les insufflations d'alun, enfin, comme dernière ressource, la trachéotomie, tels sont les moyens auxquels on doit avoir recours.

Les propositions suivantes résument assez bien le travail de M. Leyroux :

1° Bien que souvent l'angine œdémateuse soit symptomatique d'une affection chronique et grave du larynx, elle peut cependant exister indépendamment de toute lésion antérieure de cet appareil.

2° L'angine œdémateuse primitive peut se montrer sous forme d'une phlegmasie aiguë ; le plus souvent, elle a un caractère inflammatoire sub-aigu, et survient chez des individus affaiblis déjà par une maladie antérieure, et chez qui existent des prédispositions générales à l'inflammation.

3° L'action du froid sur le corps paraît en être, dans ce dernier cas, la cause déterminante. Peut-être cette cause n'est-elle pas étrangère au développement des angines œdémateuses symptomatiques.

Une métastase rhumatismale peut donner lieu à cette affection.

4° La marche de l'œdème laryngé est aiguë ou chronique : dans le premier cas, il peut déterminer la mort dans l'espace de deux à trois jours, de quelques heures même.

5° Les symptômes caractéristiques de l'angine œdémateuse sont la dyspnée, la difficulté de l'inspiration, l'expiration restant libre ; la raucité, l'affaiblissement et l'extinction de la voix. Divers bruits, dont le siége est au larynx, annoncent la difficulté qu'éprouve la colonne d'air à traverser ce passage, le plus souvent en entrant, dans quelques cas en sortant ; ces bruits sont un frôlement particulier qu'il n'est pas facile de définir, mais qu'il suffit d'avoir une fois entendu pour le reconnaître ; un sifflement croupal, moins constant que le précédent ; enfin, un bruit de soupape qui se ferme comme nous l'avons observé dans un cas. Nous pouvons ajouter, comme signe accessoire, l'affaiblissement du murmure respiratoire dans les poumons.

6° L'inspection de la gorge, son exploration avec le doigt, peuvent faire présumer ou reconnaître l'existence de l'œdème de l'ouverture supérieure du larynx.

7° Le traitement de cette affection consiste, à l'état aigu, dans l'emploi énergique et prompt des émissions sanguines générales et locales, auxquelles on adjoint ou l'on fait rapidement succéder la révulsion et la dérivation séreuses. Ces derniers moyens, conjointement avec les topiques astringents et la dilacération de la muqueuse boursoufflée, sont applicables à l'angine œdémateuse sub-aiguë. Enfin, dans les cas d'insuffisance de ces moyens, dans les cas où il existe une altération grave du larynx, contre laquelle ces moyens viendraient échouer, il reste une dernière ressource, la trachéotomie.

H. S.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ANGLAIS.

Extirpation de l'utérus au moyen de la ligature. — Résultat des revaccinations pratiquées dans l'armée prussienne en 1838. — Déchirure du périnée guérie par la suture empennée. — Expulsion de cinq pouces d'intestin invaginé. — Implantation du placenta sur le col utérin avec déformation du bassin.

I.— *Extirpation de l'utérus au moyen de la ligature;* par J. Williams.— Ann Jones, âgée de vingt-neuf ans, de constitution robuste, fut accouchée par une sage-femme le 17 mars 1838. En opérant la délivrance, l'utérus fut renversé. Je fus appelé le deuxième jour de l'accident, avec M. Edwards, médecin à Maentwrog. Nous trouvâmes dans le vagin une tumeur du volume de la tête d'un enfant, dure et immobile. Toutes les tentatives de réduction furent inutiles et causèrent de si vives douleurs qu'il fallut les cesser.

Plusieurs mois se passèrent, pendant lesquels la santé de la malade fut gravement compromise. Le 10 novembre je fus appelé de nouveau. Je la trouvai très-amaigrie, la figure pâle, les lèvres exsangues, les pieds un peu œdématiés. Chaque fois que la malade prenait la position verticale il survenait des syncopes. Comme il n'y avait de chance de sauver la vie qu'en extirpant la matrice, je proposai cette opération, qui fut acceptée. Au moyen d'une double canule j'appliquai une ligature autour du col de l'utérus, qui avait son volume normal. Au moment où la ligature fut serrée il n'y eut pas de douleur, mais au bout de dix minutes elle devint si excessive, que nous dûmes relâcher le fil. Pen-

dant quinze jours la plus légère pression fut insupportable. On resserra la ligature peu à peu, et ce ne fut que trois semaines plus tard que la tumeur fut séparée. La malade a repris progressivement des forces : elle est aujourd'hui en parfaite santé.

(*The Lancet*, 1839.)

II. — *Résultat des revaccinations dans l'armée prussienne pendant l'année* 1838, d'après les documents officiels ; par le docteur LOHMEYER. — Nombre total des individus inoculés (revaccinés), 42,041, dont,

33,819 portaient des traces distinctes de vaccination antérieure ;
5,545, des traces peu distinctes, et
2,677 ne présentaient aucunes traces.

Le résultat de la vaccination fut	régulier chez	19,117.
	irrégulier chez	8,672.
	nul chez	14,252.

Dans les cas d'insuccès l'opération fut répétée

Avec succès,	2,306
Sans succès,	10,424

Des individus chez lesquels la vaccine fut parfaitement régulière,

8,787 avaient	de 1 à 5 pustules ;
5,581	de 6 à 10
4,056	de 11 à 20
693	de 21 à 30.

Parmi les individus revaccinés avec succès dans la présente année et dans les années précédentes,

19 ont été affectés	de varicèle pendant l'année 1838 :
10	de varioloïde,
2	de variole.

On voit, d'après les chiffres produits, que les résultats de la revaccination de l'armée pendant l'année 1838, ressemblent beaucoup à ceux qu'on a obtenus en 1837. Dans les deux années le nombre des individus affectés de bonne vaccine a été de 45 pour 100. Le nombre en eût été plus grand sans doute si l'on n'y avait pas compris beaucoup d'individus qui assuraient avoir déjà été vaccinés chez eux, mais qui n'en présentaient aucune trace. Ils furent presque tous dans la classe des non-réussites. D'après les rapports des médecins, il y eut beaucoup de cas dans lesquels le développement et le cours de la maladie furent troublés par la négligence des individus qui laissèrent déchirer les pustutes.

L'opinion autrefois très-répandue, que, dans le cas où le vaccin ne peut être pris directement sur la vache, on doit le prendre sur de jeunes enfants exclusivement, n'a plus que peu de croyants parmi les chirurgiens militaires; car ils ont observé nombre de fois que le vaccin fourni par des boutons bien formés chez des adultes, donne pour résultat des boutons aussi beaux et aussi réguliers que celui fourni par des enfants. Aussi, n'est-ce que dans le commencement de la revaccination que l'on emploie du vaccin d'enfant. Beaucoup de praticiens, comme les vaccinateurs du Wurtemberg, préfèrent même le vaccin d'adulte.

L'inoculation pratiquée avec du vaccin desséché fut le plus souvent inutile. Chez un enfant chez lequel ce vaccin n'amena pas de résultat, une nouvelle vaccination avec du vaccin frais pratiquée huit jours plus tard détermina l'éruption de boutons de vaccine non-seulement sur les dernières piqûres, mais encore sur deux des anciennes. Chez un artilleur de la sixième brigade. les boutons ne parurent qu'au bout de six semaines (deux au bras droit, trois au bras gauche), et leur développement s'accompagna d'une si vive inflammation et détermina tant de fièvre, qué le sujet fut obligé d'entrer à l'hôpital.

Chez plusieurs individus la variole se développa bientôt après la vaccination. Dans deux cas elle parut le troisième jour, et chez ces sujets la vaccination fut sans résultat. Dans deux autres cas, une varioloïde se montra alors que les boutons de vaccine étaient dans toute leur perfection : ils n'en éprouvèrent aucune modification dans leur marche.

Le nombre total des cas d'éruptions varioliques dans l'armée pendant l'année 1838, a été de 111 ; sur ce nombre, 56 étaient des varicèles, 43 des varioloïdes, et 12 de vraies varioles. Dans ce nombre se trouvent compris les 31 cas mentionnés précédemment, comme étant survenus après une bonne revaccination. 7 cas de varioles furent mortels; mais aucun des 31 cas dont je viens de parler n'amena la mort. Dans tous, au contraire, la maladie fut légère et sans conséquences. Le plus grand nombre des cas de variole se présentèrent, comme l'année précédente, chez des recrues récemment arrivées au régiment, avant qu'on eût pu les soumettre à la revaccination. Quelques soldats plus anciens furent aussi attaqués de la maladie ; par exemple des sous-officiers qui avaient été revaccinés sans résultat, ou qui étaient entrés dans l'armée avant l'introduction de la revaccination. La plupart des cas de variole se montrèrent dans le septième corps ; leur nombre fut de 37, presque tous de la garnison de Minden. Dans le quatrième corps, pas un seul individu ne fut atteint, bien que les troupes fussent mêlées aux habitants. Ce résultat favorable doit être attribué surtout à ce que les recrues qui joignirent le corps dans l'automne de 1837 furent presque tous revaccinés dès leur arrivée ; tandis que dans d'autres corps on a l'habitude de remettre au printemps suivant à les soumettre à la revaccination.

(*British and Foreign medical review*, july 1339. — Tiré de la *Gazette médicale* de Prusse du 8 mai 1839.)

III.— *Déchirure du périnée* ; guérison au moyen de la suture empennée; par R. DAVIDSON. — Le sujet de cette observation est une dame de vingt-neuf ans environ. L'accident eut lieu à son second accouchement. La déchirure était complète depuis la vulve jusqu'à l'anus, et occupait de plus 6 à 9 lignes de la cloison recto-vaginale. Il en résultait que les matières fécales sortaient involontairement, inconvénient fort désagréable pour la malade et les personnes qui l'approchaient. Ce cas me fit beaucoup réfléchir, car je savais combien il est rare de réussir dans le traitement de cette maladie. Je consultai ce qui a été publié sur ce sujet. Après avoir lu le savant mémoire communiqué par M. Roux à l'Académie des sciences, en janvier 1834, je me déterminai à adopter le mode de traitement qui lui avait plusieurs fois réussi, la suture empennée, sauf une légère modification que j'indiquerai plus loin.

Ayant expliqué mes vues au docteur H. Davies, avec lequel je me trouvais en consultation, il les approuva complètement ; et bien que douze jours seulement se fussent écoulés depuis l'accident, la malade désirait si vivement l'opération, que je n'hésitai pas à y recourir de suite, après avoir toutefois vidé l'intestin au moyen d'un purgatif et de lavements. Le 6 novembre, en présence du docteur H. Davies, je procédai à l'opération de la manière suivante : je commençai par faire pénétrer tout près de la marge de l'anus une forte ligature double au moyen d'une aiguille courbe; j'en plaçai une autre à un pouce au-devant de celle-ci, puis je rafraîchis les lèvres de la plaie, ce que je n'avais pas encore fait, afin de n'être pas gêné par l'écoulement du sang; et de placer mes fils d'une manière plus convenable. Les ligatures introduites, j'employai comme cylindre deux morceaux de sonde de gomme élastique d'environ

un pouce et demi de long; l'un des cylindres fut introduit dans l'anse formée par la double ligature, l'autre entre les deux chefs, et servit à les fixer solidement au moyen d'un double nœud. M. Roux a remarqué que la suture empennée produit le renversement en dehors des lèvres de la plaie; pour remédier à cet inconvénient, le chirurgien français place de petits points de suture séparés dans les intervalles des fils de la suture empennée. Pour obtenir le même effet, et pour maintenir les parties séparées dans un contact plus immédiat et plus solide, je pris une aiguille courbe armée d'un ruban de fil étroit et long de quatre pouces, terminé à une des extrémités par un nœud: elle fut passée à environ un demi-pouce de l'extrémité de chaque cylindre, et tirée en dehors, le fil étant retenu par le nœud: de cette manière les fils étaient placés dans l'intervalle des ligatures. Cela fait, je tournai doucement les cylindres vers le bord de la plaie, et je nouai sur eux les fils correspondants, ce qui, je crois, rendit l'appareil plus solide que n'auraient pu le faire plusieurs petites ligatures séparées. L'opération terminée, il y avait si peu de tension des parties, que nous jugeâmes tout-à-fait inutile de faire les deux incisions latérales si fort recommandées par Dieffenbach. La plaie fut pansée simplement, et les genoux, tenus rapprochés au moyen d'une bande, de peur que, pendant le sommeil, il n'y eût des mouvements d'écartement. On administra chaque jour la potion avec la craie et la liqueur sédative d'opium, pour resserrer le ventre; la diète fut très-sévère; car pendant dix-sept jours la malade ne prit que du gruau en petite quantité, et un peu de biscuit de mer. La malade supporta ce régime avec une patience et une résolution des plus admirables.

L'urine fut évacuée soir et matin par le cathétérisme, ce qui était souvent très-difficile, la malade étant couchée sur le côté, les cuisses fléchies et rapprochées.

Il ne survint aucun symptôme remarquable. Le septième jour les ligatures furent enlevées; on vit que la réunion s'était faite dans toute l'étendue de la plaie à l'exception d'une petite ouverture fistuleuse près du sphincter, mais sans communication avec le rectum et ne causant du reste aucune incommodité à la malade. Au bout de neuf ou dix jours elle put rendre son urine, les parties bien abritées par un tampon de linge. Le petit trajet fistuleux fut touché soir et matin avec la teinture de cantharides, et parfois avec du nitrate d'argent, et cela avec le plus grand succès.

Le dix-septième jour, comme il n'y avait pas eu encore d'évacuation alvine, nous administrâmes un purgatif et des lavements laxatifs, qui furent répétés plusieurs fois. Mais les matières fécales s'étaient tellement durcies qu'il fallut les retirer avec le doigt. Nous avions quelques craintes que les efforts d'expulsion de la malade n'amenassent la déchirure des parties récemment unies; mais la cicatrice était si solide qu'elle résista parfaitement. Une fois que les selles furent établies d'une manière régulière, nous permîmes à la malade de marcher un peu, et au bout de six ou sept semaines elle put reprendre ses occupations. Pendant tout le traitement, l'enfant fut mis au sein à des intervalles assez rapprochés pour entretenir la sécrétion du lait, la malade désirant beaucoup nourrir elle-même son enfant.

(*The Lancet*, 1839.)

IV.— *Observation d'invagination de l'intestin; séparation de cinq pouces de l'intestin invaginé; guérison;* par J. Fox. — H. Dìment, âgé de seize ans, devint malade le 9 septembre, après avoir mangé des noix. Le 10 M. Fox le vit. Il éprouvait de la douleur à la région ombilicale, et n'avait pas eu de selles depuis vingt-quatre heures. Les symptômes allèrent en s'aggravant, et on ne put bientôt plus douter qu'il

ne s'agît d'une invagination. Tous les moyens que l'on mit en usage échouérent. Le 16, M. Fox eut l'idée d'essayer l'insufflation rectale. Il prit une vessie qu'il fixa par une extrémité au tube d'un soufflet et par l'autre à une canule à lavement. Ayant introduit celle-ci dans le rectum le plus haut possible, il fit agir le soufflet pendant plusieurs minutes, jusqu'à ce que le jeune malade se plaignit de ce que son ventre était très-tendu. On pouvait voir et sentir les circonvolutions intestinales, surtout l'arc du colon. La canule fut retirée, et au bout de vingt minutes le malade dit qu'il sentait qu'il allait avoir une garderobe. On le plaça sur un vase: il rendit d'abord une grande quantité de gaz, puis il eut une abondante évacuation de matières liquides au milieu desquelles se trouvaient quelques amas solides. Il continua ensuite à rendre des gaz et des matières jusqu'au 22, que son état avait manifestement empiré. M. Fox le quitta, convaincu qu'il était perdu. Le lendemain matin il fut agréablement surpris : il trouva que le malade avait eu encore d'abondantes évacuations, après lesquelles il avait dormi deux heures, et qu'il était beaucoup mieux. En même temps la garde-malade lui dit qu'elle pensait qu'il ne tarderait pas à succomber, car il avait rendu par les selles une partie de ses intestins. Ayant aussitôt examiné les matières, et retiré la portion indiquée, qui fut lavée avec soin, M. Fox reconnut que cette femme avait raison, et que c'était bien une portion d'intestin avec une partie du mésentère encore adhérente. Le malade guérit. L'auteur regrette de n'avoir pas eu recours plutôt à l'insufflation.

(*Transactions of the provincial medical association*, vol. VII, 1839.)

V. — *Du traitement de la colique de plomb par l'acétate de plomb*; par le docteur HARLAN.—L'auteur est depuis bien des

années chargé des ouvriers qui travaillent dans une des plus grandes manufactures de céruse des États-Unis. Il a eu, par conséquent, de nombreuses occasions d'étudier les accidents que produisent les préparations saturnines sur l'économie, et les meilleurs moyens de les combattre. Voici le mode de traitement qui lui a réussi le mieux :

« Soit, dit-il, une colique violente. Je commence par pratiquer une saignée du bras; dans quelques cas je fais appliquer des ventouses sur l'abdomen ou un sinapisme et même un vésicatoire. En tout cas je ne perds pas de temps avant d'administrer le calomel et l'opium dans la proportion de 10 grains du premier pour 2 ou 3 grains du second. Je répète la poudre toutes les deux heures jusqu'à ce que la douleur soit calmée ou la salivation produite. Je la cesse alors, et j'emploie des purgatifs, le sulfate de magnésie, ou la rhubarbe et le séné. A cette époque il faut souvent employer des doses très-élevées de purgatif; et si on les donne avant l'administration du calomel et de l'opium on ne peut obtenir aucune évacuation, à quelque dose qu'ils soient pris. Dans les cas très-violents, pour activer la salivation je fais couvrir d'onguent mercuriel le vésicatoire de l'abdomen, et je fais faire des frictions mercurielles sur les membres.

Dans les cas de constipation opiniâtre, les lavements d'huile de térébenthine ou d'eau de mélasse avec une demi-once de sel de cuisine, sont d'utiles auxiliaires. Quand il y a des symptômes d'entérite on se trouve très-bien des lavements abondants et répétés d'eau de pompe froide. Les affusions d'eau froide sur les membres inférieurs ont aussi été conseillées dans ces cas de constipation.

Les cas les plus rebelles et les plus graves sont ceux dans lesquels il existe une extrême irritabilité de l'estomac, qui rejette tout. Le docteur Harlan a employé le laudanum, l'eau de menthe, le calomel et l'opium, l'huile de térében-

thine avec des applications extérieures d'excitants et de rubéfiants. Quand tous ces moyens ont été épuisés, il a réussi par un moyen qu'on ne conseillerait pas à priori, l'acétate de plomb en poudre. Les avantages qu'il en a retirés dans la dysenterie l'ont engagé à y recourir dans la colique.

Il emploie la formule suivante :

Calomel,	5 grains.
Opium en poudre,	2 grains.
Acétate de plomb en poudre,	3 grains.

Mêlez.

On répète cette dose toutes les deux heures, jusqu'à ce qu'il y ait soulagement, ce qui arrive ordinairement après deux ou trois doses. Des lavements avec de l'acétate de plomb et de l'opium ont aussi été utilement employés en pareil cas. Une fois l'estomac calmé on revient aux remèdes ordinaires.

(*Medical and physical researches*, by R. Harlan.)

VII.— *Implantation du placenta sur le col utérin; hémorrhagie; perforation du crâne de l'enfant;* par le docteur R. Lee. — Le 18 octobre 1835, madame Ryan, dont le bassin est très-déformé, fut prise subitement d'hémorrhagie utérine au huitième mois de sa grossesse. J'avais accouché précédemment cette dame, et j'avais été obligé de pratiquer la crâniotomie. Plus tard j'avais eu recours six fois à l'accouchement prématuré artificiel; mais elle n'avait pas voulu s'y soumettre cette dernière fois. Je l'examinai à 4 heures du matin, le 19 octobre; je trouvai le placenta en grande partie détaché et faisant saillie dans le vagin. L'orifice, bien que peu dilaté, aurait pu permettre la délivrance artificielle; mais la déformation du bassin était telle, qu'il me fut impossible d'introduire la main pour faire la version.

L'hémorrhagie continuait; il n'y avait pas de douleurs d'expulsion. Je pouvais sentir la tête au-dessus du rebord du bassin : je me déterminai à la briser et à en faire l'extraction avec le crochet. M. Brookes, chirurgien de l'hôpital d'accouchement, appuya fortement sur le fond de l'utérus, tandis que je portai jusqu'à la tête l'index et le medius de ma main gauche, qui parvenaient à peine à la sentir. Entre ces deux doigts je dirigeai le perforateur jusque sur la tête, et le fis pénétrer à travers les téguments et à travers les os, puis j'ouvris les lames. Cette manœuvre fut difficile à cause du peu de dilatation du col de l'utérus; je parvins cependant à l'exécuter sans blesser le col.

Le crochet fut ensuite introduit dans l'ouverture du crâne, et la tête fut amenée entre le placenta et l'utérus dans le détroit inférieur du bassin où elle fut long-temps retenue. L'orifice utérin était toujours incomplètement dilaté. Après quatre heures de pénibles efforts, nous parvinmes à faire passer la base du crâne à travers le bassin et à terminer l'accouchement.

Le placenta fut retiré bientôt après l'enfant : il n'y eut plus d'hémorrhagie. La femme se rétablit de la manière la plus heureuse, et depuis ce temps on a pratiqué chez elle deux fois l'accouchement prématuré artificiel au septième mois de la grossesse.

(*London medical gazette*, july 1839.)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Juillet 1839).

Emploi de l'huile de schistes contre la gale. — Structure des poumons. — Découverte de MM. Niepce et Daguerre.

SÉANCE DU 5 AOUT. — *Emploi de l'huile de schistes contre la gale.* — D'après une communication qui avait été faite dans une précédente séance de l'Académie par M. Selligue sur cet emploi de l'huile de schistes, qu'il regardait comme nouveau, M. Fournel, ingénieur des mines, vient de prouver que les anciens ont fait usage, dans le même but, sinon de l'huile obtenue des pierres par la distillation, du moins de l'huile de pierre naturelle (*petroleum*).

Pline, dans son *Histoire naturelle* (liv. 35, chap. 15), parlant du pétrole d'Agrigente, que l'on nommait alors *huile de Sicile*, dit : « On s'en sert pour les lampes au lieu d'huile ; on l'emploie aussi pour la gale des bêtes de somme. »

Avant lui, Vitruve (liv. 8, chap. 3) avait signalé l'usage où étaient les Africains de plonger leurs bestiaux dans les eaux d'une fontaine bitumineuse qui existait près de Carthage.

Solin parle aussi de la Fontaine d'Agrigente à peu près comme Pline, qu'il copie habituellement et qu'il défigure parfois.

Un grand nombre d'auteurs des XVe, XVIe et XVIIe siècles, dit M. Fournel, ont indiqué le même remède. On peut citer notamment François Arioste, qui guérit des hommes et des

animaux de la gale avec le pétrole qu'il a découvert, en 1460, au mont Zibio, dans le duché de Modène. On peut citer aussi, entre beaucoup d'autres, Agricola, qui disait au milieu du XVI[e] siècle, en parlant de cette substance : « Employée en frictions sur les bêtes de somme et les bêtes à cornes, elle les guérit de la gale » (*De naturâ eorum quæ effluunt ex terrâ*, lib. II, p. 115, in-fol., Basles, 1546).

Si maintenant nous passons au pétrole obtenu par distillation, nous trouvons qu'en 1721 un nommé d'Eyrinis retirait de la pierre asphaltique du Val-de-Travers, dans le canton de Neufchâtel, en Suisse, une huile dont il vantait beaucoup l'efficacité pour la guérison de la gale, et il affirmait avoir guéri par ce moyen plus de trente personnes.

Il faudrait voir cette brochure, qui a été publiée à Paris en 1721, pour savoir, ce que n'indique pas la lettre de M. Fournel, si c'était par distillation ou simplement par ébullition dans l'eau qu'on obtenait l'asphalte, ainsi que cela se pratique pour des sables bitumineux dans certaines parties de l'Alsace.

Structure des poumons. — M. de Blainville fait un rapport très-avantageux sur un mémoire de M. Bazin relatif à ce sujet.

Les opinions des anatomistes sur la structure intime des poumons peuvent se réduire à trois principales. La première semble basée sur la structure du poumon des reptiles et des amphybiens formé par un sac à parois réticulées. Suivant cette opinion, qui est la plus ancienne, on admet que le poumon des mammifères n'est qu'une agglomération de vésicules qui termineraient l'extrémité des dernières ramifications des bronches, et qui, pressées, se déformeraient, deviendraient polygonales et communiquantes entre elles. C'est l'opinion de Malpighi.

Dans une seconde manière de voir, ces prétendues vési-



cules ne seraient tout simplement que le prolongement de la partie terminale des dernières ramifications des bronches, dans lesquelles l'élément cartilagineux cesserait, de manière à ce qu'elles se termineraient en petits cœcums subcylindriques, obtus ou vésiculaires, et ne communiquant entre eux que par le tronc qui les supporte. C'est l'opinion de Willis et de Reissesen.

La troisième opinion de anatomistes ne diffère de la seconde qu'en ce que les parois de ces espèces de petits cœcums seraient percées et communiqueraient entre elles, ce qui constituerait une sorte d'éponge, de corps caverneux aérifères. C'est l'opinion attribuée à Helvétius, mais qui paraît devoir remonter à Duverney.

C'est la seconde manière de voir que M. Bazin a acceptée, après l'avoir démontrée par l'injection des canaux au moyen du mercure. Il s'est ainsi assuré que leur terminaison se fait sans aucun renflement, par de petits cœcums ne communiquant point entre eux, si ce n'est par la bronchiole dont ils émanent, et formant par leur assemblage des groupes plus ou moins serrés et nombreux, qui, selon qu'ils s'avancent plus ou moins inégalement dans l'épaisseur du poumon, déterminent à la surface pulmonaire la formation de lobules, comme dans l'homme et beaucoup de mammifères, ou l'absence complète de cette disposition, comme dans les chiens et les chats.

Les conclusions du rapport, dans lequel les travaux de l'auteur sont analysés avec beaucoup de détails, sont de proposer l'impression du travail de M. Bazin dans le recueil des mémoires des savants étrangers. (Adopté).

Découverte de MM. Niepce et Daguerre. — Avant de parler du procédé de M. Daguerre, M. Arago rappelle les travaux qui ont été faits avant lui. On sait, quoiqu'on ne puisse fixer l'époque de cette découverte, que la lumière peut

laisser une trace de son passage en altérant plus ou moins la couleur des corps qui ont été long-temps exposés à son action.

L'idée de profiter de l'action décolorante de la lumière pour tracer des images, ou du moins les premiers essais qui aient été faits d'après cette idée, sont ceux de Charles, notre compatriote, qui, dans ses cours de physique, engendrait, au moyen de l'action lumineuse, des silhouettes sur un papier enduit d'une substance dont il n'a pas fait connaître la composition. Ses images, d'ailleurs, étaient fugitives, et commençaient à prendre la même teinte que le fond du papier, du moment que toutes les parties du tableau étaient exposées au grand jour. Charles n'avait cherché qu'à reproduire le contour des objets; Wedgwood imagina qu'on pourrait représenter de la même manière le relief des corps, au moyen d'ombres et de clairs, et songea à faire usage, dans ce but, de la chambre obscure. Il substitua à l'écran ordinaire une peau préparée avec le chlorure ou le nitrate d'argent. Il obtint, en effet, des décolorations inégales, mais précisément en sens inverse de ce qu'il aurait fallu pour représenter avec vérité les objets; car, dans les parties les plus lumineuses de l'image, l'action était plus intense et le noircissement plus prononcé, *et vice versâ*. Encore, pour obtenir ce résultat, de grands obstacles lui firent renoncer à son entreprise; car on conçoit que le nitrate d'argent, n'étant pas très-sensible à l'influence de la lumière, aurait dû rester long-temps soumis à son action, et l'image sur l'écran varie sans cesse, puisqu'à mesure que le soleil se déplace, les ombres des objets qu'il éclaire se déplacent également. Wedgwood renonça donc à son projet, et se contenta de copier des gravures. La publication du mémoire dans lequel il fait connaître son procédé date de 1802.

Humphry Davy est parvenu à copier de très-petits objets au microscope solaire, mais seulement à une courte distance de la lentille. Toutefois, pas plus que Charles et que Wedgwood, il ne trouva le moyen d'enlever à son papier préparé, sur lequel était tracée l'image, la propriété de se noircir entièrement à la lumière ; de sorte que les dessins obtenus ne pouvaient être examinés que furtivement.

Après les essais imparfaits dont nous venons de parler, dit M. Arago, arrivons, sans intermédiaire, aux recherches de MM. Niepce et Daguerre.

Les premières recherches de M. Niepce paraissent remonter jusqu'à l'année 1814 ; mais ce qui est positif, c'est qu'en 1827 M. Niepce était parvenu à obtenir, au moyen de la chambre obscure, des images qui avaient, sur toutes celles qui avaient été tracées jusque-là, les deux grands avantages de représenter les objets comme ils le sont dans la nature, avec leur clair, leur teinte, demi-teinte et ombres, et de pouvoir, une fois formées, supporter sans altération l'action de la plus vive lumière.

Ce n'était plus sur des papiers ou sur des peaux que M. Niepce obtènait des images, mais sur des plaques de métal poli qu'il recouvrait d'un enduit de bitume sec de Judée dissous dans l'huile de lavande. Cette espèce de vernis étant exposé ensuite à la chaleur, l'huile essentielle était évaporée, et le bitume restait seul appliqué sur le métal adhérant sur la plaque sous forme de poudre blanchâtre. Ainsi recouverte, la planche était placée au foyer de la chambre obscure, et, au bout d'un certain temps, on y voyait une image faiblement formée. Cela fait, pour faire ressortir par des colorations plus prononcées les différences d'action de la lumière sur la plaque, il la plaçait dans un mélange d'huile de lavande et de pétrole ; il suffisait alors de laver, et l'on avait un petit tableau dans lequel les clairs

étaient formés par une couche de poudre blanche, et dont les parties correspondantes aux ombres de l'image présentaient le métal à nu.

Ce tableau obtenu ne pouvait présenter l'image bien distincte des objets que sous un certain jour par rapport à la lumière, puisque, comme nous venons de le dire, les parties correspondantes aux ombres étaient réellement éclatantes. Ce n'était donc que par l'effet d'une espèce de miroitage que les parties d'argent à nu pouvaient paraître noires pour figurer ces ombres. Pour parer à cet inconvénient, il essaya de recouvrir d'un enduit noir les parties dénudées, et il employa à cet effet le sulfure de potasse, puis l'iode. Son procédé cependant était loin de le satisfaire complétement ; la poudre bitumineuse peut se modifier sous l'action de la lumière de manière à devenir insensible à l'action du dissolvant, et par conséquent y devait être long-temps exposée pendant le temps que la plaque préparée restait dans la chambre obscure ; l'image formée au foyer variait notablement, ce qui devait, comme nous l'avons dit déjà, nuire grandement à la netteté des résultats. Aussi l'inventeur avait-il tourné principalement ses vues vers la reproduction des estampes, comme l'avait fait avant lui Wedgwood, mais avec bien plus de succès que ce dernier, puisqu'il rendait les gravures avec leurs ombres et leurs clairs propres, et que les copies obtenues pouvaient être ensuite exposées, sans crainte d'altération, à la plus vive lumière. Ainsi, tandis que l'expérimentateur anglais n'arrivait qu'à des résultats curieux, en raison du moyen par lequel on les obtenait, mais peu intéressants par eux-mêmes, notre compatriote obtenait, d'une manière expéditive, des tableaux agréables et propres à plaire, même aux yeux de ceux qui ignoraient complétement les procédés employés.

M. Niepce ne s'en tint pas là : il imagina qu'il pourrait obtenir d'une même planche un grand nombre d'épreuves, comme on en obtient d'une planche qu'un graveur a préparée; et voici le moyen auquel il eut recours : il ajoutait, dans la préparation de sa planche, un peu de cire au bitume, et procédait ensuite à la manière accoutumée; c'est-à-dire en soumettant sa planche à l'action de la lumière dans la chambre noire, puis enlevant, au moyen du dissolvant, les parties qui n'avaient pas été modifiées par la lumière. L'image obtenue, il exposait la plaque à une chaleur suffisante pour faire fondre la cire, d'où il résultait que chaque globule, de sphérique qu'il était d'abord, se transformait en un cabochon (un corps de la forme d'une pastille ou d'une goutte de suif), lequel adhérait au métal par sa face plane. Il faisait ensuite mordre la planche par un acide, à la manière des graveurs; et comme chaque cabochon protégeait contre l'attaque de l'acide la partie de métal qu'il recouvrait, il en résultait que dans les points où ces cabochons étaient très-resserrés, le métal n'était attaqué que dans un petit nombre de points; qu'il l'était, au contraire, beaucoup plus généralement dans les parties où ces cabochons étaient rares. Si les cabochons eussent été formés nettement, comme ceux qui résultent de la fusion des globules de résine dans un des procédés employés par la gravure à l'*aqua tinta*, les résultats eussent été certainement très-satisfaisants; mais le mélange de cire et de bitume s'étend plus que la résine, d'où il résultait que dans les parties où devaient être les demi-teintes les plus voisines du clair pur, ce n'étaient plus des grains très-serrés que l'on avait, mais une couche non-interrompue formant un vernis. Ces demi-teintes, par conséquent, étaient remplacées par des blancs, et l'effet du dessin n'était qu'imparfaitement rendu. Cependant on semblait fondé à croire que des planches ainsi pré-

parées pourraient être terminées au moyen des procédés ordinaires par les graveurs, qui auraient ainsi une moitié de la besogne épargnée.

Voilà où en était arrivé M. Niepce lorsqu'il entra en communauté de travaux avec M. Daguerre. Celui-ci, quoique ayant commencé plus tard, était déjà arrivé de son côté, mais par une route toute différente, et principalement par l'étude des phénomènes des phosphorescences, à des résultats extrêmement curieux. Quand le procédé de M. Niepce lui eut été communiqué, il y apporta bientôt un perfectionnement important. Le bitume de Judée n'étant pas assez blanc pour les clairs, M. Daguerre y substitua le résidu que donne l'huile de lavande quand on la distille. Ce résidu est plus blanc, susceptible de former une poudre plus ténue et plus attaquable par la lumière.

Dans le procédé de M. Daguerre, l'enduit de la lame de plaqué, *la toile du tableau* qui reçoit les images, est une couche *jaune d'or*, dont la lame se recouvre lorsqu'on la place horizontalement, pendant un certain temps, et l'argent en dessous, dans une boîte au fond de laquelle il y a quelques parcelles d'iode abandonnées à l'évaporation spontanée.

Quand cette plaque sort de la chambre obscure, *on n'y voit absolument* aucun trait. La couche jaunâtre d'iodure d'argent qui a reçu l'image paraît encore d'une nuance parfaitement uniforme dans toute son étendue.

Toutefois, si la plaque est exposée dans une seconde boîte au courant ascendant de vapeur mercurielle qui s'élève d'une capsule où le liquide est monté, par l'action d'une lampe à esprit de vin, à 75° centigrades, cette vapeur produit aussitôt le plus curieux effet. Elle s'attache en abondance aux parties de la plaque qu'une vive lumière a frappées ; elle laisse intactes les régions restées dans l'ombre;

enfin, elle se précipite sur les espaces qu'occupaient les demi-teintes en plus ou moins grande quantité, suivant que, par leur intensité, ces demi-teintes se rapprochaient plus ou moins des parties claires ou des parties noires. En s'aidant de la faible lumière d'une chandelle, l'opérateur peut suivre pas à pas la formation graduelle de l'image, il peut voir la vapeur mercurielle, comme un pinceau de la plus extrême délicatesse, aller marquer du ton convenable chaque partie de la plaque.

L'image de la chambre noire ainsi reproduite, on doit empêcher que la lumière du jour ne l'altère. M. Daguerre arrive à ce résultat en agitant la plaque dans de l'hyposulfite de soude, et en la lavant ensuite avec de l'eau distillée chaude.....

..... Quand on cherche à expliquer le singulier procédé de M. Daguerre, il se présente immédiatement à l'esprit l'idée que la lumière, dans la chambre obscure, détermine la vaporisation de l'iode partout où elle frappe la couche dorée; que là le métal est mis à nu; que la vapeur mercurielle agit librement sur ces parties dénudées pendant la seconde opération, et y produit un amalgame blanc et mat; que le lavage avec l'hyposulfite a pour but, chimiquement, l'enlèvement des parties d'iode dont la lumière n'a pas produit le dégagement; artistiquement, la mise à nu des parties miroitantes qui doivent faire les noirs.

Mais, dans cette théorie, que seraient ces demi-teintes sans nombre qu'offrent les dessins de M. Daguerre? Un seul fait prouvera d'ailleurs que les choses ne sont pas aussi simples : la lame de plaqué n'augmente pas de poids d'une manière appréciable en se couvrant de la couche d'iode jaune d'or. L'augmentation, au contraire, est très-sensible sous l'action de la vapeur mercurielle. Eh bien! M. Pelouze s'est assuré qu'après le lavage dans l'hyposul-

fite, la plaque, malgré la présence d'un peu d'amalgame à sa surface, *pèse moins qu'avant de commencer l'opération*. L'hyposulfite enlève donc de l'argent. L'examen chimique du liquide montre qu'il en est réellement ainsi.

Pour rendre compte des effets de la lumière que les dessins de M. Daguerre présentent, il semblait suffisant d'admettre que la lame d'argent se couvrait, pendant l'action de la vapeur mercurielle, de sphérules d'amalgame ; que ces sphérules, très-rapprochées dans les clairs, diminuaient graduellement en nombre dans les demi-teintes jusqu'aux noirs, où il ne devait y en avoir aucune.

La conjecture du physicien a été vérifiée. M. Dumas a reconnu au microscope que les clairs et les demi-teintes sont réellement formés par des sphérules dont le diamètre lui a paru, ainsi qu'à M. Adolphe Brongniart, être très-régulièrement d'un huit centième de millimètre. Mais alors pourquoi la nécessité d'une inclinaison de la plaque de 45° au moment de la précipitation de la vapeur mercurielle ? Cette inclinaison, en la supposant indispensable avec M. Daguerre, ne semble-t-elle pas indiquer l'intervention d'aiguilles ou de filets cristallins qui se prenaient, qui se solidifiaient, qui se groupaient toujours verticalement dans un liquide parfait ou dans un demi-liquide, et avaient ainsi, relativement à la plaque, une position dépendante de l'inclinaison qu'on avait donnée à celle-ci ?

On fera peut-être des milliers de beaux dessins avec ce procédé avant que son mode d'action ait été bien complétement analysé.

La nécessité de préserver de tout contact les dessins obtenus à l'aide du procédé de M. Daguerre, m'avait paru, dit M. Arago, devoir être un obstacle sérieux à la propagation de la méthode. Aussi, pendant la discussion des chambres, demandais-je instamment qu'on essayât l'effet

que produirait un vernis sur ces dessins. M. Daguerre étant peu enclin à rien adopter qui pût nuire, même légèrement, aux propriétés artistiques de ses productions, j'ai adressé ma prière à M. Dumas. Ce célèbre chimiste a trouvé que les dessins en question peuvent être vernis. Il suffit de verser sur la plaque métallique une dissolution bouillante d'une partie de dextrine dans cinq parties d'eau. Si l'on trouve que ce vernis n'agit pas à la longue sur les composés mercuriels dont l'image est formée, un important problème sera résolu. Le vernis, en effet, disparaissant quand on plonge la plaque au milieu d'une masse d'eau bouillante, on sera toujours le maître de replacer toutes choses comme M. Daguerre le veut, et, d'autre part, on n'aura pas couru le risque de gâter ses collections. M. Dumas, au reste, n'a pas trouvé que son vernis nuisît sensiblement à l'harmonie des images.

M. Arago fait remarquer encore que les dessins que l'on pouvait effacer seulement en passant le doigt dessus deviennent par l'application du vernis beaucoup plus précieux, car ils peuvent se prêter dès-lors commodément aux travaux du graveur, qui peut, comme il le ferait pour un autre dessin, obtenir par le décalquage, au moyen du papier glacé, un trait d'une exactitude rigoureuse; ce qui n'aurait pas été possible sans le vernis. Il y a plus, car la main du graveur peut se promener sans inconvénient sur la planche vernie, et par conséquent, elle pourra guider une pointe sèche qui tracera sur le métal les contours du dessin, et permettra ainsi d'obtenir du trait autant de reproductions qu'on voudra. A la vérité, le plaqué n'offrirait pas un champ convenable au burin du graveur; mais M. Daguerre a reconnu qu'une planche de cuivre argentée peut aussi bien qu'une planche plaquée recevoir un dessin photogénique, et dès-lors la difficulté dont nous parlions cesse d'exister.

On est porté naturellement à se demander si ce procédé, tout admirable qu'il est, ne sera pas encore susceptible de perfectionnements ; si l'on n'arrivera pas, par exemple, à reproduire les objets non-seulement avec leurs formes et leur relief, mais encore avec leurs couleurs. M. Daguerre ne pense pas que ce résultat puisse être obtenu, du moins avec la substance qu'il emploie. Cependant, en faisant des expériences de phosphorescence, M. Daguerre avait déjà obtenu une poudre qui restait rouge après avoir été dans la lumière rouge, bleue après avoir été dans la lumière bleue ; qui sait à quoi il ne pourrait pas arriver en continuant dans la même voie ?

M. Niepce aussi, dans des expériences où les plaques sur lesquelles il appliquait son enduit étaient en verre, avait cru y faire naître des couleurs ; mais, comme dans ces expériences on opère sur des pellicules, et que les pellicules donnent naissance à cette apparence optique qu'on désigne sous le nom d'anneaux colorés, il se pourrait qu'il n'y eût là qu'un phénomène d'épaisseur.

Antérieurement, Seebeck, en faisant agir sur le chlorure d'argent la lumière décomposée par le prisme, avait remarqué que le rayon violet donnait naissance à du violet, et le rouge à une certaine teinte rouge.

Parmi les applications diverses que l'on peut songer à faire du procédé de M. Daguerre, il en est une très-intéressante, celle qui consisterait à en obtenir des portraits. Pour cela on conçoit qu'il faut que la tête reste parfaitement immobile pendant toute la durée de l'opération ; mais c'est une difficulté qu'on a trouvé moyen de surmonter quand il s'agissait d'obtenir des résultats moins satisfaisants, et par conséquent nous n'avons point à nous en occuper ici. Une autre difficulté plus grave est celle-ci : pour que le portrait ait quelque valeur, il faut que la phy-

sionomie ne grimace pas; or, tout le monde clignote ou grimace quand il a le visage exposé en plein à l'action d'une très-vive lumière, et nous avons jusqu'à présent reconnu la nécessité d'éclairer le plus fortement possible les objets dont nous voulions obtenir l'image photographique. Le problème consistait donc à trouver une vive lumière, et ce problème semble résolu, car la lumière qui passe à travers certains verres bleus est presque la seule qui produise les effets dont nous venons de parler, et cette lumière est assez tranquille pour ne pas faire clignoter les yeux qui y seront exposés.

Avant de terminer, il est bon de mentionner quelques applications que la physique peut faire de l'invention de M. Daguerre, sans compter toutes celles que cette invention est probablement appelée à apporter encore. 1° Le moyen d'établir un terme de comparaison entre deux lumières qui ne peuvent être mises simultanément en présence, et qui pourront être, grâce à la sensibilité des réactifs découverts par M. Daguerre, comparées par voie d'intensité absolue; 2° M. Daguerre a reconnu qu'à hauteur égale du soleil, l'image se forme un peu plus promptement avant midi qu'après : il paraît donc qu'il se développe dans l'atmosphère des propriétés qui s'opposent à la libre action des rayons chimiques de la lumière; voilà une modification qu'on n'y soupçonnait nullement et dont le météorologiste aura maintenant à s'occuper; 3° on s'est aperçu depuis quelques années que lorsqu'on décompose la lumière par le prisme, le spectre ne présente pas une surface colorée continue et que des bandes noires la traversent, ce qui prouve qu'il n'existe pas des rayons de toutes les réfrangibilités. S'il y a donc des solutions de continuité dans les rayons visibles, il est très-possible, mais il n'est pas certain qu'il y en ait de même dans ce que l'on a

nommé les rayons chimiques. C'est ce que l'on reconnaîtra sans difficulté en faisant arriver sur la plaque préparée avec l'iode la lumière décomposée par le prisme.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

(Août 1839).

Traitement des fractures par l'appareil inamovible. — Traitement des tumeurs par le caustique de Vienne. — Nouvel instrument pour pratiquer la suture dans la staphyloraphie. — Empoisonnement par l'acide arsénieux.— Hémorrhagie spontanée du mésentère.— Galactyrrhée des nouveau-nés. — Traitement de la folie par intimidation.— Altérations anatomiques de l'encéphale dans les maladies typhoïdes. — Résection du maxillaire inférieur. — Fracture compliquée de la jambe, résection d'une portion considérable du tibia.

SÉANCES DES 6 ET 13 AOUT.— *Traitement des fractures par l'appareil inamovible.* — M. Blandin fait un rapport sur un mémoire de M. Seutin, professeur de médecine opératoire à Bruxelles, et ayant pour titre *Nouvelle méthode de traiter les fractures.* On sait que des bandes, des attelles de carton et l'amidon constituent son appareil. Le rapporteur réclame en faveur de M. Larrey la priorité d'invention d'un bandage analogue, mais il reconnaît que les modifications de M. Seutin l'ont rendu d'une application bien plus facile et d'un prix plus modique ; au reste, M. Seutin a ouvert une nouvelle voie à la thérapeutique d'autres maladies en employant son bandage dans le traitement des tumeurs blanches, des plaies des articulations, etc. De plus, l'utilité des ouvertures du bandage de M. Seutin au niveau des

plaies, des fistules ou autres lésions ne saurait être révoquée en doute.

M. Blandin ne partage pas l'opinion de M. Seutin sur l'époque à laquelle il est convenable d'appliquer le bandage, pas plus qu'il n'adopte l'utilité de la déambulation prescrite par M. Seutin. On sait que le chirurgien belge applique son appareil immédiatement, et qu'il permet la marche après la consolidation bien établie de l'appareil.

Après avoir comparé le bandage, tel que M. Seutin l'a employé le premier, à ce qu'il est maintenant, après les modifications de M. Velpeau, qui a substitué la dextrine à l'amidon, qui l'a rendu plus souple, plus économique, d'une application et d'un changement plus faciles ; de M. Laugier, qui a substitué le papier au linge ; de M. Lafarge de St-Emilion, qui s'est servi d'un mélange de plâtre et d'amidon, M. Blandin formule en manière de proposition les principales circonstances dans lesquelles ce bandage est utile, celles où il peut avoir des inconvénients, les préceptes relatifs à son application, et termine en demandant : 1° que des remercîments soient adressés à l'auteur ; 2° que son mémoire soit déposé dans les archives de l'Académie ; 3° que M. Seutin soit inscrit au plus tôt sur la liste où l'on doit choisir les membres correspondants.

Une longue discussion s'établit à ce sujet entre MM. Velpeau, Rochoux, Larrey, Bérard, Breschet, Amussat, Gimelle, Gerdy et Blandin.

M. Velpeau ne partage pas l'opinion de M. Blandin sur le danger d'appliquer immédiatement le bandage inamovible, qui peut même prévenir l'engorgement, s'il n'existe pas, ou le combattre si déjà il est survenu. Au surplus, ajoute-t-il, en surveillant attentivement le développement des tumeurs, en consultant la teinte du membre, en se tenant en garde contre l'apparition des phlyctènes, on pourra

toujours savoir quand il conviendra de supprimer l'appareil. A ce propos, et pour rendre l'application plus facile, je dois dire que j'ai fait subir au bandage de M. Seutin quelques modifications qui le rendent d'un emploi plus facile; je l'ai réduit à l'application de quelques linges secs sur la peau, d'une bande roulée ordinaire peu serrée, depuis les orteils ou les doigts jusqu'au-dessus du point fracturé, des plaques de carton mouillé maintenues par une seconde bande; il suffit alors, avec un pinceau d'afficheur, ou tout simplement avec les doigts, d'enduire le tout de la solution de dextrine. L'appareil, ainsi modifié, durcit avec une grande rapidité; il suffit de quelques heures au lieu de trois jours qu'exigeait le bandage de M. Seutin. S'il doit être enlevé ou renouvelé, on le ramollit en l'humectant, rien n'est plus facile. Je n'ai pas vu une seule fois, dans le nombre des faits que j'ai observés, survenir des accidents, qui, avec quelque raison, puissent être attribués au bandage. Dans un cas, il y eut du gonflement, des phlyctènes; mais le malade m'ayant à plusieurs reprises assuré de son bien-être, je crus devoir m'en rapporter à lui et je ne regardai pas le membre; j'eus tort, je l'avoue, mais cet accident ne saurait être attribué au bandage. Quant à la déambulation dont M. Blandin n'admet pas les avantages, il faut bien s'entendre sur ce qu'elle est en réalité; les malades n'appuient pas du poids de tout leur corps sur le membre fracturé, mais en se soutenant avec des béquilles. Le membre est pendant, soutenu seulement par une bande qui passe sur le cou et qui vient servir d'étrier. Ce qui m'étonne, dit M. Velpeau en terminant, c'est que ce bandage ne soit pas plus généralisé encore dans son emploi; il est si simple, si facile, il présente tant d'avantages et si peu d'inconvénients, que je ne comprends pas les reproches qu'on pourrait lui adresser.

MM. Blandin et Rochoux blâment l'expression de bandage inamovible que M. Larrey défend comme convenant parfaitement au bandage tel qu'il l'applique depuis nombre d'années.

M. Bérard partage en tout l'opinion et les idées de M. Velpeau. Quelque avantageux que soit l'appareil de M. Larrey, les modifications de M. Seutin lui paraissent un véritable progrès. Cependant il reconnaît que les fanons de M. Larrey sont préférables à l'attelle de carton, qui, étant molle au moment de l'application de l'appareil, ne peut remplir son indication que plus tard. Du reste, M. Bérard a imaginé, pour rendre la dessiccation plus facile et plus prompte, de suspendre le membre mis en appareil dans un filet attaché à l'arceau qui soutient les couvertures ; l'air frappe de toutes parts les surfaces humides, et l'évaporation est plus facile.

Contrairement à l'opinion de M. Gimelle, M. Breschet fait observer qu'un point important dans l'appareil de M. Seutin, c'est le soin qu'il prend de laisser à découvert quelque partie, les orteils ou le talon, par exemple, afin de juger, d'après leur état, de celui des parties situées au-dessous. Il blâme du reste la déambulation pendant la formation du cal. L'avantage immense qu'il reconnaît au bandage de M. Seutin dans le traitement des fractures compliquées est pour lui le fruit le plus précieux de l'usage du bandage inamovible.

Relativement à l'objection tirée de la mollesse du bandage au moment de la réduction, et aux inconvénients qui peuvent en résulter pour la facilité du déplacement, M. Blandin dit qu'il met constamment un appareil solide à l'extérieur, une sorte de tuteur, au moins pendant quelque temps ; ainsi, pour la fracture du radius, il met l'attelle cubitale de Dupuytren ; pour la fracture du péroné, il se

comporte de même ; cette combinaison lui a donné de grands avantages, on ne saurait le nier. Si M. Seutin ne l'a pas faite, je serais heureux d'en être l'auteur, et j'en accepte l'honneur, si on veut m'accorder qu'elle m'appartienne ; dans tous les cas, je dois en signaler l'importance.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

La présence de M. Seutin à l'Académie a donné à la discussion précédente un intérêt particulier. Après la clôture de cette discussion, le chirurgien belge a pris la parole, et a prononcé un discours dont nous reproduisons les points les plus saillants.

J'éprouve, dit-il, un moment de satisfaction, Messieurs, en pensant que je ne suis point étranger à cette progression scientifique, et je reporte souvent mes souvenirs avec bonheur vers l'époque où, commençant à être convaincu de la portée immense que pouvaient avoir les innovations que je venais d'apporter dans le traitement des fractures, je pris la ferme résolution d'étendre et de populariser ma méthode, sans m'arrêter aux obstacles que je ne pouvais manquer de rencontrer. Ce qui prouve que le bandage amidonné jouit de propriétés toutes nouvelles et d'une utilité incontestable, c'est la rapidité avec laquelle il a été, depuis quelques années, adopté dans les principales contrées de l'Europe, et plus particulièrement en France, où il a suscité différentes modifications de la part de MM. Velpeau, Laugier, Lafargue; en Belgique, de MM. de Lavacherie, Van Meerbeck ; en Angleterre, en Allemagne, en Russie, il a été adopté par un grand nombre de praticiens distingués. En Angleterre, on lui reconnut des propriétés tellement utiles, que l'orgueil national a voulu en attribuer la première idée à Cheselden. En Russie, on fut tellement émerveillé des avantages de l'appareil amidonné, qu'on suscita un décret par lequel les chirurgiens étaient obligés

de se rendre à tour de rôle à l'hôpital de la marine militaire de Moscou, pour apprendre à faire usage de ce moyen nouveau.

On a discuté dans cette enceinte la question de savoir quel nom convient à mon appareil; on a en quelque sorte qualifié de non-sens la dénomination d'*amovo-inamovible*. Je tiens peu au nom qu'il plaira à chacun de lui donner. Je préfère appeler l'attention de l'Académie sur la faculté dont il jouit, d'être en réalité et tout à la fois *movible*, comme les anciens appareils, et *inamovible*, comme les bandages de MM. Larrey et Dieffenbach. C'est cette faculté qui le distingue de tous les bandages employés jusqu'à ce jour, et je crois qu'il est impossible de supposer un bon appareil, à contention parfaite, sans le doter de cette prérogative.

Les principaux points de ma méthode sont donc : 1° d'être *amovible* et *inamovible*, et de réunir ainsi tous les avantages des appareils renouvelés et permanents.

2° De permettre l'extension de son emploi à une foule d'affections variées.

3° De pouvoir se combiner avec tous les moyens de pansements ordinaires.

4° D'abréger le séjour au lit des blessés chez lesquels on l'emploie autant que le permet la nature de leur lésion.

Les nombreux avantages que présente le bandage amidonné peuvent se résumer ainsi :

1° Il est peu compliqué, tandis que celui de M. Larrey l'est beaucoup.

2° Il comprime circulairement, ce qui fait que les fragments sont mieux maintenus que par tout autre moyen.

3° Il permet la marche au moyen de béquilles.

4° Il permet de laisser une issue libre au pus dans les fractures compliquées.

5° Il présente une grande économie à faire, surtout dans les hôpitaux.

6° Il est léger; il présente peu de volume, et affecte la forme ronde ; toutes qualités qui le rendent très-propre à permettre la marche.

7° Il s'applique avec infiniment de facilité, et exige peu de temps de la part du chirurgien.

8° Il se démolit facilement et se coupe de même.

9° Ses matériaux se trouvent partout.

10° Il peut changer partiellement de conformation lorsqu'on le comprime après l'avoir mouillé , et l'on peut ainsi remédier à une compression locale vicieuse, par exemple, autour des malléoles.

11° On peut lui donner beaucoup moins de mollesse à sa face interne, en n'enduisant point cette partie d'amidon.

12° Il permet de fixer le membre fracturé dans toutes les positions possibles, flexion, extension, etc.

13° Il est applicable à toutes les fractures.

14° Il permet de mouvoir les articulations pendant et vers la fin du traitement pour prévenir les ankyloses.

15° Il présente un coup-d'œil agréable et élégant.

M. Seutin réfute ensuite un à un les reproches que l'on a adressés à sa méthode , et dont il a été question dans le cours de la discussion ; il manifeste le désir de voir se généraliser sa méthode , et prie MM. les Académiciens d'expérimenter avec impartialité et sans idées préconçues , et de ne prononcer qu'après avoir vu. Interrogez les faits, dit-il, et ils vous montreront la vérité !

— *Traitement des tumeurs par le caustique de Vienne.* — Dans un travail sur le caustique de Vienne comme agent thérapeutique, l'auteur ne rapporte que deux observations, l'une relative à une loupe du cuir chevelu, guérie en vingt-cinq jours par son application réitérée, l'autre relative à

29.

une tumeur ulcérée dans la région parotidienne, du volume d'une orange, dont la guérison a été obtenue en trente jours. M. Gimelle, chargé du rapport sur ce travail, trouve que ces faits ne sont rien moins que concluants en faveur du caustique. Avec le bistouri, dit-il, on eût guéri tout aussi sûrement et beaucoup plus vite. En conséquence il demande l'ordre du jour. (Adopté.)

— *Nouvel instrument à suture dans la staphyloraphie.* — M. Bérard fait un rapport sur cet instrument inventé par M. Bourgougnon, pour pratiquer la suture du voile du palais. Avant de parler de cet instrument, il mentionne les procédés usités jusqu'à ce jour, en commençant par le procédé imaginé par M. Roux et employé par tous les chirurgiens jusqu'en 1834, époque à laquelle le rapporteur lui-même mit en usage un procédé particulier dont il est l'inventeur. Plus tard, M. Devillemure modifia la forme des aiguilles. Malgré ce perfectionnement, le manuel opératoire laissait beaucoup à désirer, et c'est à M. Velpeau que sont dus les nouveaux perfectionnements apportés à la pratique de la staphyloraphie.

L'instrument de M. Bourgougnon se compose, 1° d'une pince qui ressemble au brise-pierre de M. Heurteloup, et que M. Moreau compare au pelvimètre de Contouly; elle est destinée à saisir le voile du palais; 2° d'une branche qui supporte une aiguille droite et glisse parallèlement aux deux autres de manière à enfiler l'extrémité de la pince et le voile du palais saisi.

Le mors postérieur de cette pince présente une ouverture que l'aiguille dilate en passant, et à travers laquelle elle ne peut rentrer; cette aiguille est tenue dans un petit tube qui protége contre l'action de sa pointe les tissus qu'elle ne doit pas toucher.

En retirant l'instrument de la bouche, le chirurgien retire

en même temps l'aiguille, et le premier point se trouve placé dans une des lèvres de la solution de continuité.

Les avantages que paraît offrir cet instrument, sont :

1° De fixer le voile du palais ;

2° De donner au chirurgien le point d'appui que demandait M. Velpeau ;

3° D'offrir une aiguille droite très-courte et par conséquent beaucoup moins susceptible de casser que les aiguilles courbes, et cet inconvénient est surtout inhérent aux aiguilles de M. Devillemure,

4° De retirer l'aiguille de la bouche du malade en même temps que l'instrument ;

5° De n'exiger de la main qui opère aucun mouvement de translation capable de gêner la vue.

6° Par sa forme courbe, de placer en dehors du rayon visuel la main du chirurgien qui opère dans des parties profondes ;

7° De laisser au chirurgien une main libre.

Le petit tube protecteur de l'aiguille est une modification utile, que les chirurgiens peuvent à volonté conserver à titre de précaution à l'extrémité de l'instrument, ou enlever pour en simplifier l'usage.

Cet instrument est également applicable aux fistules vésico-vaginales et recto-vaginales.

SÉANCE DU 20. — *Empoisonnement par l'acide arsénieux.* — M. Orfila lit sur ce sujet un troisième mémoire qui a pour titre : *Recherches sur les terrains des cimetières ; de l'arsenic qu'ils peuvent contenir, et des conséquences médico-légales qu'on peut déduire de la présence des composés arsénicaux.* L'auteur communique d'abord le résultat de sept expériences qu'il a entreprises sur ce sujet, et qui lui paraissent devoir éclairer la question. La longueur de ce mémoire nous empêche

d'en donner une analyse détaillée, et nous force à ne présenter ici que les conclusions suivantes ;

1° Il importe d'analyser la terre qui environne le cadavre sur lequel on est appelé à prononcer, lorsque le corps et la bière ne sont pas intacts et auraient pu laisser échapper la matière de l'empoisonnement.

2° Si le cadavre est entier, et que, lavé à l'eau froide, il fournisse de l'arsenic, on ne pourra jamais dire que cette substance provienne du terrain, quelle que soit, d'ailleurs, sa composition.

3° Si le cadavre, formant encore un tout distinct, donne de l'arsenic, traité par l'eau froide, on ne peut dire qu'il provienne du terrain.

4° Si déjà les détritus du corps se sont mêlés à la terre, et qu'on y découvre un composé arsénical, il provient du cadavre, à moins que de la terre prise à quelque distance n'en renferme également, ou bien qu'il ne soit prouvé que le sol ait été arrosé ou saupoudré avec de l'arsenic. Et si, contre toute attente, la terre donnait à l'analyse un composé arsénical soluble dans l'eau froide, on pourrait affirmer qu'il provient du cadavre.

5° Si la terre ne donne pas à l'analyse le composé arsénical soluble, on peut croire que l'empoisonnement n'a pas eu lieu et qu'alors l'arsenic provient des débris osseux renfermés dans le sol. Comme il n'est pas démontré que les composés arsénicaux solubles ne puissent se transformer en composés insolubles, l'expert devra analyser des portions de terre plus ou moins éloignées, et s'il n'y trouve que peu ou pas d'arsenic, il pourra élever de très-légères conjectures sur la possibilité de l'empoisonnement.

Séance du 27.—*Hémorrhagie spontanée du mésentère.*— M. Capuron fait, au nom de M. Villeneuve et au sien, un rap-

port sur une observation d'hémorrhagie spontanée du mésentère, survenue consécutivement à la suppression des menstrues. On trouva deux pintes de sang dans l'abdomen, des caillots adhérents au mésentère et au mésocolon. M. le rapporteur regrette que l'état des annexes de l'utérus n'ait pas été examiné avec soin. Dans un cas vu par lui, l'hémorrhagie provenait de la rupture d'un kyste, situé sur le trajet de la trompe droite : c'était une grossesse extra-utérine. Tout en formulant le regret que les détails de l'observation soient insuffisants, M. Capuron propose, au nom de la commission, que des remerciements soient adressés à l'auteur et son observation renvoyée au comité de publication. (Adopté.)

De la galactyrrhée des nouveau-nés. — M. Capuron, chargé conjointement avec M. Baudelocque, d'examiner un travail de M. Ménars sur la galactyrrhée des nouveau-nés, rend compte de ce mémoire. C'est à l'occasion d'un fait publié dans la *Gazette médicale* que M. Ménars a rassemblé quelques observations, dans le but d'éclairer ce sujet. Cette maladie peut durer de quatre semaines à plusieurs mois. Cette prolongation est due, le plus souvent, à des manipulations exercées sur le sein. Trop abondant, l'écoulement peut compromettre la vie des enfants, d'autant qu'il s'accompagne ordinairement ou est précédé d'un flux sanguin par le vagin chez les petites filles. Au reste, pour M. Ménars le liquide qui s'écoula est réellement du lait. M. le rapporteur, qui ne regarde pas ce fait comme démontré, puisque M. Ménars n'a pas analysé le produit de la sécrétion anormale, adopte ses idées sous tous les autres rapports ; il pense que les applications émollientes, l'éloignement de toute excitation des mamelons, sont les meilleurs moyens à employer.

(Remerciements à l'auteur ; publication du mémoire par extraits.) (Adopté.)

M. Chevallier dit avoir analysé la sécrétion mammaire des nouveau-nés, et avoir trouvé dans un cas tous les éléments du lait.

Traitement de la folie par intimidation. — M. Pariset fait, au nom de M. Esquirol et au sien, un rapport sur un mémoire de M. Blanche, ayant pour sujet l'observation d'un aliéné guéri par le traitement dont M. Leuret a déjà entretenu l'Académie, en lui communiquant l'observation d'un malade qui se croyait Napoléon, et qui, par une suite de combats, de contrariétés, finit par retrouver la raison.

Cette idée, dit M. le rapporteur, est loin d'être nouvelle, puisque déjà, préconisée par Celse, par Boerhaave, elle était mise en pratique en Angleterre et en France, avant que Pinel eût opéré une révolution dans le traitement des aliénés. Elle a besoin d'être bien appréciée; car, prise avec exagération, elle peut donner lieu à de graves inconvénients; le traitement par intimidation a besoin, ainsi que les poisons administrés comme médicament, d'être manié à propos, et dans les cas seulement où il y a de suffisantes indications. Au reste, M. Leuret n'a pas voulu exposer une doctrine, mais des faits; il dit même que de fâcheux résultats ont pu être amenés par ce mode de traitement, d'où il suit que c'est un simple procédé applicable à des cas similaires, qu'il s'agit maintenant de rechercher.

Le traitement par intimidation, continue M. Pariset, ne saurait donc devenir la base d'une doctrine générale ; car, s'il est une affection qui renferme un grand nombre d'espèces et de variétés, c'est sans contredit l'aliénation mentale; que de nuances souvent inappréciables! L'intimidation ne pourra rien obtenir de ces malheureux dont la misère et la faim ont troublé la raison; du repos, du bien-être suffisent souvent. Les malades à tempérament sec, ardent, ne pourraient être soumis à ce traitement, sous peine de les

voir se livrer au désespoir ou à d'extrêmes violences. Les aliénés tristes, abattus, plongés dans une mélancolie profonde, sont dans un état de dépression qui repousse encore ce moyen ; qu'obtiendrait-on de son emploi chez les malheureux portés au suicide, ou dans les manies qui accompagnent la grossesse, dans celles qui résultent d'accidents, de coups sur la tête, etc.? Pour nous, dit en terminant M. Pariset, le traitement de l'aliénation mentale comporte deux choses, un précepte et une maxime. Le précepte est de favoriser le renouvellement de l'organisation, de surveiller spécialement l'intégrité des excrétions ; la maxime, d'acquérir sur les aliénés une autorité digne d'eux-mêmes et du médecin, par le respect et la confiance qui résulteront toujours d'une conduite conforme à la justice et empreinte de bonté. A ce titre, la soumission est possible ; elle n'est plus celle qu'on obtient par la rigueur, qui tend toujours à dégénérer en barbarie, surtout entre les mains des employés secondaires, ou de ceux qui auraient mal compris ou exagéré les vues de M. Leuret, auquel il faut cependant rendre toute justice.

M. Pariset termine ce rapport en demandant que le mémoire de M. Blanche soit publié par extrait dans les fascicules de l'Académie, et que des remercîments soient adressés à l'auteur.

Après une courte discussion sur l'ensemble du rapport, ces conclusions sont adoptées.

— *Altérations anatomiques de l'encéphale dans les maladies typhoïdes.* — M. Piedagnel essaie de prouver, dans ce travail, que le cerveau et ses membranes présentent constamment des altérations qui rendent compte du délire et des mouvements musculaires involontaires qui se remarquent dans la fièvre typhoïde; que l'étendue de ces altérations est en rapport avec l'ancienneté et l'intensité des symptô-

mes cérébraux et non de l'ensemble de la fièvre typhoïde.

Ces altérations ont lieu dans l'arachnoïde et la pie-mère réunies, et dans le cerveau. L'arachnoïde et la pie-mère présentent des plaques rouges au pourtour de la base du cerveau, à la réunion des faces inférieure et externe; ces plaques sont isolées ou réunies; elles forment souvent une sorte de couronne.

Les altérations du cerveau ont lieu à sa surface. C'est la substance corticale de l'organe qui en est le siége. On peut considérer dans cette altération trois degrés successifs : 1° L'augmentation de volume des circonvolutions, et par suite, quelquefois, leur aplatissement par la compression du crâne ; 2° le ramollissement de ces circonvolutions ; il procède d'ordinaire de l'extérieur à l'intérieur ; 3° l'induration de ces mêmes parties, et plus souvent leur ulcération.

Dans ces différents cas, les vaisseaux disparaissent, on ne peut plus les constater ; la substance blanche prend une couleur terne spéciale, et semble diminuer de volume dans l'épaisseur des circonvolutions, etc. Le rapport des altérations aux symptômes est difficile à établir. Cependant, d'après l'analyse des faits, M. Piedagnel rapporte les diverses espèces de délire à l'altération de la substance grise, et tout ce qui a rapport aux mouvements et à la contraction musculaire, à l'altération de la substance blanche.

— *Résection du maxillaire inférieur.* — M. Lisfranc met sous les yeux de l'Académie une tumeur osseuse volumineuse siégeant dans le maxillaire inférieur d'une femme chez laquelle il a été obligé de réséquer, le 30 juillet dernier, les deux tiers gauches de cet os. L'opération a présenté de grandes difficultés par les adhérences intimes de la peau avec la tumeur, et aussi à cause du voisinage de l'artère carotide primitive, qui a été mise à découvert dans une assez grande étendue pour isoler la tumeur du muscle sterno-

mastoïdien. Après divers accidents survenus pendant toute la durée du traitement, il ne reste plus aujourd'hui qu'une fistule dont l'étendue diminue tous les jours.

Fracture compliquée de la jambe; résection d'une portion considérable du tibia.— M. Velpeau présente à l'Académie un malade, qui, pris sous des décombres, eut la jambe droite presque broyée; les parties molles en avant et en dedans étaient dans un véritable état d'attrition, le tibia fracturé, et les deux fragments faisant une saillie considérable. L'amputation était indiquée, dit M. Velpeau, et je me disposais à la pratiquer; le malade s'y refusa obstinément; je songeai dès-lors à lui conserver le membre. Je pratiquai d'abord la résection des portions d'os saillantes à travers la plaie, trois pouces furent détachés au fragment supérieur, quinze lignes au fragment inférieur. Le membre put alors être redressé ; j'appliquai l'appareil inamovible dextriné, en laissant à découvert, comme je le fais dans ces cas, la solution de continuité dont les bords furent simplement rapprochés. Les pansements furent très-simples, l'appareil fut laissé en place près d'un mois sans être renouvelé, et par ce moyen, l'immobilité du membre invariablement maintenue. La suppuration fut abondante, mais la plaie prit bientôt un bon aspect ; enfin, la cicatrisation se fit complètement. Il ne reste plus qu'une cicatrice à trois branches solide et déprimée, et au-dessous d'elle un renflement dur, qui paraît appartenir aux os, et réunir les deux portions séparées par un intervalle considérable. Il y aurait donc eu dans ce cas reproduction d'une partie considérable du tibia, sans que le périoste qui était détruit ait pu contribuer en rien à la régénération. Sous ce rapport, ce fait est intéressant, comme aussi au point de vue du traitement des fractures compliquées.

VARIÉTÉS.

Police des autopsies. — Association des médecins de Paris.

Nous avions, il y a déjà plus d'un an, et peu de mois après l'apparition de l'ordonnance de police du 25 janvier 1838, élevé la voix contre les dispositions de cette ordonnance, qui ne tendaient à rien moins qu'à rendre les autopsies impraticables à Paris (voir le numéro d'avril 1838 de la *Revue médicale*, p. 148). Le 30 mars dernier, plus de vingt-quatre heures écoulées après le décès de madame B., l'assentiment de la famille obtenu, la constatation faite par le médecin délégué de l'état civil, et par conséquent toutes les conditions prescrites par la loi remplies, M. le docteur Thierry (qui ignorait l'existence de l'ordonnance de M. le préfet de police) procéda à l'autopsie, assisté de trois confrères recommandables. Cette autopsie donna lieu à une poursuite judiciaire de la part de la police, en vertu de l'ordonnance qui ajoute aux conditions légales la nécessité d'obtenir par l'intermédiaire du maire ou du commissaire de police, et *sur la demande écrite des parents*, une autorisation spéciale du préfet de police. Déjà l'année précédente, M. Gannal, poursuivi pour contravention à cette ordonnance et condamné, parce que l'autorisation *demandée* n'avait pu arriver à temps, et qu'il avait cru néanmoins devoir procéder à un embaumement devenu urgent, M. Gannal, disons-nous, avait obtenu de la préfecture de police des éclaircissements qui semblaient promettre la révocation de l'ordonnance. Cependant, MM. les docteurs Thierry et Dubois,

prévenus d'avoir procédé, le 30 mars 1839, à l'autopsie d'un cadavre, sans l'autorisation préalable du préfet, furent cités au tribunal de police correctionnelle de la Seine pour entendre prononcer contre eux la peine prévue par l'art. 358 du Code pénal, comme ayant contrevenu à la loi et aux réglements relatifs aux inhumations précipitées. Sur cette poursuite est intervenu le jugement suivant : « Attendu que les docteurs Thierry et Dubois ont contrevenu à l'ordonnance du 25 janvier 1838, en procédant à l'autopsie d'un cadavre sans l'autorisation préalable du préfet de police, mais seulement après la constatation du décès et l'autorisation d'inhumer ; considérant que le préfet de police a qualité, d'après la loi, pour prescrire toutes mesures qui sont utiles à la sûreté et à la salubrité publiques, et qu'il a pu dans ledit intérêt rendre l'ordonnance dont il s'agit ; considérant que les prévenus ne sauraient être passibles des peines prononcées par l'article 358 du Code pénal,... mais qu'ils sont coupables seulement d'avoir enfreint une ordonnance,... et que dès-lors il ne doit leur être fait application que de l'amende de simple police,... le tribunal condamne Dubois et Thierry, chacun à *un franc d'amende*, etc. » — Il faut reconnaître avec le tribunal que le préfet de police peut prescrire les mesures utiles à la *sûreté* ou à la *salubrité* publiques, mais l'une ou l'autre de ces circonstances pourrait seule motiver l'ordonnance du 25 janvier 1838 ; car il n'existe dans les arrêtés du 14 messidor an VIII et 3 brumaire an IX, ni dans aucune autre loi ou décret, aucune disposition qui charge spécialement le préfet de police de surveiller les autopsies ou autres opérations à pratiquer sur les cadavres. Or, après la constatation du décès par l'officier de l'état civil et la délivrance de l'autorisation d'inhumation prescrites par la loi, on ne voit pas ce que l'ordonnance de police peut avoir d'utile à ajouter

dans l'intérêt de la sécurité ou de la salubrité publiques. Heureusement, *l'Association des médecins de Paris*, dont M. Thierry est membre, fut saisie de cette affaire. Une démarche fut faite auprès de M. le préfet de police pour obtenir la révocation de l'ordonnance. On n'obtint d'abord qu'une réponse négative. Cependant, M. Orfila, président de l'Association et membre du conseil de salubrité, soutint de nouveau, dans le sein de ce conseil, la juste réclamation de l'Association des médecins de Paris, placée par le fait de l'ordonnance nouvelle dans une position tout-à-fait exceptionnelle, et bien plus défavorable que celle des autres praticiens du royaume. La commission, représentant l'Association, s'était bornée cette fois à demander une modification, qui substituât à la nécessité d'une *autorisation* spéciale du préfet, une simple *déclaration*, portant indication du jour, de l'heure et du lieu de l'autopsie, adressée par le médecin, et faisant d'ailleurs mention des conditions légales remplies. Cette fois l'Association a eu gain de cause, et, grâce à elle, les médecins de la ville de Paris vont se trouver affranchis de formalités qui auraient fini par rendre à peu près impossible la pratique si éminemment utile des autopsies.

L'ordonnance de police du 25 janvier 1838 est rapportée. Celle du 6 septembre 1839, qui la remplace, n'exige plus une *autorisation* spéciale du préfet de police, mais seulement une déclaration préalable, adressée par le médecin au commissaire de police à Paris, et au maire dans les communes rurales. Cette déclaration devra indiquer que l'opération est autorisée par la famille ; elle fera connaître, en outre, l'heure du décès, ainsi que le lieu et l'heure de l'opération. — A la bonne heure !

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Histoire statistique et morale des enfants trouvés, par MM. Terme et Montfalcon (1). Un vol. in-8°. Analyse par M. Th. Perrin, D.-M. (2).

Cet ouvrage offre un tableau complet de la législation des enfants trouvés; il propose quelques réformes sur le système adopté en France pour leur réception, et des améliorations sur les conditions civile, hygiénique et morale du grand nombre de ces malheureux, que l'imprévoyance et l'immoralité mettent chaque jour à la charge de la bienfaisance publique.

La première partie est consacrée à l'histoire des enfants trouvés; elle est divisée en trois grandes époques : d'abord, chez les anciens, au temps du polythéisme ; puis à partir de l'ère chrétienne jusqu'à S. Vincent de Paule ; enfin, depuis ce dernier jusqu'à nos jours. Cette division démontre l'influence que les croyances religieuses ont eue sur le sort des enfants abandonnés, sur la constitution morale des peuples, et sur les mœurs proprement dites.

Sous l'empire du polythéisme, les auteurs démontrent que

(1) L'ouvrage des médecins de Lyon, dont nous avons annoncé l'apparition sans en donner l'analyse, a été l'occasion pour M. le docteur Perrin d'un excellent rapport que nous insérons presque en entier. Nous acquitterons ainsi une dette arriérée, et nos lecteurs n'auront rien perdu pour attendre. (N. R.)

(2) Rapport fait à la Société de médecine de Lyon sur l'ouvrage de MM. Terme et Montfalcon, par Th. Perrin, secrétaire de la Société. Paris, Crochard et Comp., rue de l'École-de-Médecine. In-8° de 43 pages.

l'infanticide, l'exposition, étaient non-seulement tolérés chez les peuples anciens, mais que ces cruelles pratiques trouvaient un appui dans la législation. Dès le commencement de l'ère chrétienne, au contraire, les Pères de l'Eglise se constituent les protecteurs des enfants trouvés, et combattent avec une énergique persévérance la cruauté des mœurs païennes. Avec les seules forces de la puissance morale, la religion chrétienne affranchit ces nouveau-nés de l'esclavage et de la mort. L'Église, s'étant déclarée la mère des enfants abandonnés, pourvoyait à leurs besoins; cependant, il n'y avait pas encore, au commencement du dix-septième siècle, de législation généralement adoptée. Témoin du sort déplorable de la multitude d'enfants qui périssaient sans ressources, un pauvre missionnaire parvint à éveiller la sollicitude de quelques dames de cour, qui, conjointement avec lui, fondèrent l'œuvre des enfants trouvés, œuvre dont Louis XIII consolida l'existence par des lettres-patentes et une rente annuelle.

Ici, dans l'ouvrage des médecins de Lyon, se trouve un chapitre remarquable qui établit une comparaison entre les deux systèmes en vigueur : l'un dans les états catholiques, l'autre dans les états protestants. Il faut rendre cette justice à MM. Terme et Montfalcon : ils ont parfaitement compris que si les états protestants n'ont qu'un petit nombre d'enfants trouvés, c'est bien moins parce qu'on ne voit chez eux ni tours, ni hospices, que parce que la législation rend ces établissements inutiles, en pourvoyant, aux dépens des mœurs, à l'entretien des enfants illégitimes.

Aussi, après avoir pesé les avantages et les inconvénients du système établi dans les états catholiques et protestants, ils proposent un nouveau mode de réception, qui aurait pour but d'écarter des hospices ceux qui n'ont aucun droit pour y être admis, et, par conséquent, de diminuer les charges de ces établissements. Ils posent en principe que les causes principales des expositions de nouveau-nés sont, d'une part, l'extrême facilité et le secret des admissions dans les hospices; d'une autre part, l'absence du sentiment maternel dans le cœur de la femme ou de la fille qui fait exposer son enfant.

Nous ferons d'abord remarquer que nos auteurs ont oublié de

mentionner la grande cause des expositions, qui est la *misère*. A cet égard, les données de la statistique justifient notre assertion : elles démontrent que les années de disette, comme celles qui se font remarquer par des crises commerciales, ont augmenté le nombre des enfants abandonnés.

Négligeant donc cette grande cause, nos auteurs ne voient que deux moyens pour régénérer l'œuvre des enfants trouvés : 1° supprimer les tours, et au mystère des réceptions substituer les admissions à bureau ouvert ; 2° éveiller dans le cœur des mères l'amour pour les enfants, en leur donnant connaissance des lieux où ils sont élevés, et en leur permettant de communiquer avec eux. Cette dernière pensée n'est point aussi avantageuse et morale qu'on le croirait de prime-abord. Si la mère de l'enfant est dans l'indigence et qu'un mouvement d'amour maternel la porte à réclamer son enfant et à en prendre soin, bientôt vous aurez deux indigents à soulager au lieu d'un. Quant aux filles-mères, dont les trois quarts sont misérables, on peut dire qu'en abandonnant leur enfant, elles obéissent à un instinct aussi avantageux à l'un qu'à l'autre.

Nous voyons aussi de graves inconvénients au moyen capital, qui est la suppression des tours et la réception à bureau ouvert. Les tours protégent l'honneur des familles, ils sauvent la société d'affreux malheurs, préservent grand nombre d'enfants du désespoir de leur mère, et servent utilement l'intérêt des bonnes mœurs en empêchant le scandale. « En France, dit l'abbé Gaillard, la puis-
» sance de l'honneur est écrite en lettres de sang dans les départe-
» ments où des entraves gênent la libre réception des enfants aban-
» donnés. » Dans les tableaux comparatifs consignés dans l'important ouvrage de cet auteur, on voit que le nombre des infanticides est en raison inverse des enfants naturels.

Notre mode de réception, direz-vous, ne repousse aucun enfant. Nous les admettons tous : seulement, nous voulons connaître les motifs de l'exposition, inscrire le nom de la mère. — Inscrire le nom de la mère ! Mais ne craignez-vous pas que vos employés ne trahissent la confiance que vous leur accordez ? Si vous êtes sûrs de leur discrétion, ce registre qui ne meurt pas ne parlera-t-il pas lui-même ? Une émeute, une perturbation so-

ciale ne peuvent-elles pas le faire tomber dans le domaine public, et compromettre ainsi des noms devenus honorables? Qu'elle me semble plus sage cette institution de saint Vincent de Paule, qui ne voit et ne s'attache qu'à la victime innocente qu'on lui apporte, qui anéantit le souvenir du vice, sachant très-bien qu'on ne peut le détruire, une institution qui procure à la femme et à la fille séduite la possibilité de reparaître dans le monde avec décence!

« Mais, dites-vous, les hospices d'enfants trouvés créent le mal » qu'ils sont destinés à soulager, ils rendent plus fréquents les actes » coupables dont ils doivent prévenir les sinistres conséquences...» Eh! depuis quand la plus sublime des institutions des temps modernes aurait-elle acquis la funeste propriété de faire naître et de propager la corruption? Est-il raisonnable de penser que la jeune fille ou la femme, au moment de la séduction, se livrant à de pareils actes, envisagent froidement les suites de la faute qu'elles vont commettre, et disposent tout d'avance, dans leur esprit, pour effacer des traces à venir?

Mais, direz-vous encore, le budget ne peut suffire à l'énormité des dépenses. A cela nous répondrons que ce qui s'est fait par le passé doit rassurer sur le présent et tranquilliser sur l'avenir; nous dirons ensuite que l'abîme creusé par le vice ne peut être comblé que par la charité; qu'à cet égard, il existe dans les sociétés catholiques un mouvement de piété et de justice qui les porte à donner quand les besoins sont urgents. Mais enfin, que deviendront les enfants repoussés de nos hospices? Ils refouleront nécessairement quelque part, soit dans les bureaux de bienfaisance, soit dans les œuvres de charité particulières, qui seront obligées d'entretenir la mère et l'enfant. On comprendra que ce système ne diminuera pas le nombre des naissances illicites, qu'il déplacera la maladie, mais qu'il ne la guérira pas; que si, à la fin de l'année, on nous montre une diminution dans les charges des hospices d'enfants trouvés, d'autres budgets pourraient bien ne pas montrer des résultats aussi satisfaisants.

Si MM. Terme et Montfalcon eussent étudié l'esprit de la charité catholique, non dans ses rapports avec le budget du département, mais dans le cercle plus étendu de la moralité des peuples, du bonheur des classes inférieures et de la société tout entière; si

surtout ils eussent écrit sous la seule inspiration de leur cœur, et qu'ils se fussent pénétrés de cette idée, que, dans l'art de gouverner les hommes, la grande difficulté ne consiste pas à augmenter le bonheur de ceux qui sont heureux, mais bien à diminuer le malheur de ceux qui souffrent, la question argent, qui se trouve à chaque instant dans leur ouvrage, aurait disparu devant des considérations d'une tout autre importance, et conduits, en définitive, à cette dernière question, ils auraient vu qu'à dépense égale, il vaut encore mieux soulager l'innocence malheureuse que contenir de force une population criminelle.

Nous ne pouvons terminer sans dire un mot de l'ensemble de l'ouvrage, où se trouve tout ce qui se rattache à l'importante question des enfants trouvés classé avec méthode et discernement. Cet ouvrage nous a paru surtout remarquable par une savante et vaste érudition ; il offre une masse imposante de documents qui en font un des plus complets qui aient été publiés sur cette matière, et qui sera nécessairement consulté par tous ceux qui voudront désormais écrire sur ce sujet.

Observations et réflexions sur les phlegmasies de la prostate, par J.-É. VERDIER, docteur en médecine, ex-élève du professeur Lallemand. Broch. in-8°. Chez Baillière.

Élève de M. Lallemand, M. Verdier a recueilli aux cliniques de cet illustre professeur plusieurs observations sur les maladies des organes génito-urinaires. Dejà, concurremment avec M. Marchal, il a publié celles qui avaient trait à la *blennorrhagie chronique* et au *catarrhe vésical ;* il s'occupe aujourd'hui des phlegmasies aiguës et chroniques de la prostate.

Les observations qu'il publie ne sont pas nombreuses, mais elles contiennent des faits et des enseignements remplis d'intérêt, et il faut savoir gré à l'auteur de les avoir publiées ; nous ferons seulement sur ces observations une remarque générale qui peut aussi bien s'appliquer à la plupart des observations que l'on publie de nos jours ; elles ne sont point une peinture fidèle de la maladie, disant à la fois trop et trop peu, elles insistent sur des détails insignifiants, et passent rapidement sur d'autres qu'il serait très-

important de bien connaître. Prenons pour exemple l'observation n° 1.

Le sujet est un soldat atteint de méningo-encéphalite bien caractérisée ; il survient une rétention d'urine qui est manifestement l'effet de l'affection cérébrale. Le malade succombe, et l'autopsie, en confirmant le diagnostic du médecin sur la maladie principale, fait voir de graves désordres dans l'appareil urinaire déterminés par d'imprudentes manœuvres de cathétérisme. Dans le plan de l'auteur, il fallait, ce nous semble, peindre à grands traits l'encéphalite et faire ressortir tout ce qui avait trait au développement de la maladie des voies urinaires ; loin de là, l'auteur nous fait suivre jour par jour toutes les phases de cette maladie, qui dure trois septenaires ; nous décrit minutieusement tous les symptômes, raconte exactement quel a été le régime alimentaire ; et du traitement, il nous dit seulement qu'on a donné des pédiluves sinapisés, de l'infusion de tilleul pour tisane, et que vingt sangsues ont été appliquées au périnée pour combattre la prostatite.

Or, peut-on croire que dans les salles cliniques de Montpellier, un médecin soit resté vingt-un jours les bras croisés en présence d'une encéphalite aiguë sans rien faire pour la combattre ? Peut-on croire à une application aussi longue, aussi coupable de la méthode expectante ? Nous pourrions multiplier les observations de ce genre, nous aimons mieux passer au fond des choses.

Les observations 1, 2 et 3 ont pour objet principal de faire sentir l'importance de ce précepte tant recommandé dans ces derniers temps par M. Mayor de Lausanne, d'employer de préférence pour le cathétérisme les sondes *de gros calibre*, surtout dans les rétentions d'urine qui sont sous la dépendance d'une affection cérébrale; car, dans ces cas, la sensibilité étant abolie, le malade n'avertit pas le chirurgien par la manifestation de sa douleur de la direction vicieuse de l'instrument.

Les observations 5 et 6 signalent le danger de ces urétrites incomplètement guéries, qui persistent à l'état de suintement léger et incolore, et se réveillent aux moindres excès de coït ou de boissons. Dans ces deux cas, le phlegmon de la prostate a été la conséquence de ce suintement chronique. Dans l'observation n° 6, M. Lallemand, en sondant le malade, perfora l'abcès de la prostate avec le

bec de la sonde ; bien plus, l'instrument se rompit pendant que l'opérateur cherchait à en augmenter la courbure à l'aide du doigt indicateur introduit dans le rectum, et le fragment resta dans le canal. Malgré ces accidents, le malade guérit : mais ici encore, l'auteur oublie de nous dire quand et comment sortit le fragment de sonde laissé dans l'urètre.

Les observations 7 et 8 montrent le bon parti que l'on peut tirer de la cautérisation de la portion prostatique de l'urètre dans les engorgements chroniques de la prostate. Il serait plus facile dans ces cas de se rendre raison du mode d'action de cet agent thérapeutique ; il paraît qu'il détermine la résolution des parties engorgées en changeant leur mode de vitalité. M. Verdier a la foi la plus entière dans la cautérisation, qui a cependant échoué entre les mains les plus habiles. Il explique ces insuccès par la mauvaise manière de cautériser, et il indique la méthode que l'on doit suivre. L'auteur nous permettra, pour partager sa confiance, d'attendre des preuves plus nombreuses et plus concluantes.

L'heureuse influence des bains de Barèges pour le rétablissement des forces épuisées par les phlegmasies chroniques et les suppurations de la prostate, pour la cure des plaies fistuleuses de cette glande à travers le rectum et le périnée, est démontrée dans les dernières observations. L'auteur les fait suivre d'une histoire abrégée de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie de la prostate ; il passe ensuite à l'examen des causes de ses phlegmasies et aux indications thérapeutiques. Ce travail, bien qu'incomplet, est sagement écrit, et renferme les éléments d'une bonne monographie.

A. Rozier.

Histoire de la lithotritie, précédée de réflexions sur la dissolution des calculs urinaires, par M. Leroy-d'Étiolles. Brochure in-8° de 120 pages. Chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, n. 17.

La lithotritie, dont les premiers essais parurent d'abord un rêve, est depuis long-temps un fait définitivement acquis à la science. On sait les luttes opiniâtres qu'ont soutenues entre eux les hommes qui cultivent presque exclusivement cette branche de l'art de gué-

rir, pour s'arroger la priorité de cette belle et utile invention. Tous revendiquent l'honneur d'avoir posé la première pierre de ce salutaire édifice, et ils apportent en faveur de leurs prétentions respectives des preuves sans nombre. Que faire au milieu de ce conflit de rivalités? A qui décerner la palme? sur quel front poser la couronne qui établisse d'une manière irrévocable les droits de chacun à cette précieuse découverte ? Cette tâche, pour être juste, nous entraînerait dans une discussion trop longue, qui nous forcerait à franchir les limites d'une simple notice; nous nous proposons, plus tard, de revenir sur ce sujet dans un travail particulier; qu'il nous suffise seulement aujourd'hui de formuler cette proposition générale et fondamentale de l'histoire de la lithotritie, que cette branche spéciale de l'art de guérir est une véritable conquête de la chirurgie moderne, et que les passages exhumés des auteurs arabes, des auteurs de la Renaissance et d'autres auteurs plus modernes, n'ont contribué en rien à la découverte récente de l'art de broyer mécaniquement la pierre dans la vessie.

Cela posé, arrivons de suite à la partie réellement historique du livre de M. Leroy, c'est-à-dire à l'histoire pratique de la lithotritie, qui forme la partie utile et instructive de son ouvrage.

Un mot auparavant sur la dissolution des calculs par les carbonates alcalins, à laquelle l'auteur consacre un bon nombre de pages. D'après les expériences nombreuses auxquelles il s'est livré pour étudier l'action chimique de ces substances sur la matière des calculs, et d'après les recherches nombreuses qu'il a faites pour constater la valeur des faits qui attestent la dissolution des pierres dans l'intérieur de la vessie par l'effet des substances et des eaux alcalines, en particulier des eaux minérales de Vichy, M. Leroy arrive à cette conclusion : 1° que l'insuffisance des eaux alcalines pour dissoudre complètement les calculs urinaires d'un certain volume est indubitable ; 2° que les calculs d'oxalate de chaux, ceux de phosphate triple de chaux, d'ammoniaque et de magnésie, bien loin d'être dissous, tendent généralement à s'accroître sous l'influence du traitement alcalin; 3° que les calculs d'acide urique seuls paraissent être attaqués par les eaux alcalines telles que celles de Contrexeville, de Pougues, de Vichy, etc. Il se forme à la surface des calculs un urate de soude soluble, qui laisse à nu la matière animale

qui entre dans leur composition et qui protège la vessie contre le contact violent de la pierre, mais en même temps, elle défend les couches sous-jacentes contre l'action des alcalis qui bornent alors là leur action. Toutefois, il faut le dire, ce ramollissement peut favoriser l'expulsion des pierres d'un petit volume ; 4° que les carbonates alcalins sont un moyen très efficace pour combattre la gravelle d'acide urique et la gravelle rouge.

Dans la partie de l'opuscule de M. Leroy qui est consacrée à l'histoire de la lithotritie, l'auteur décrit d'une manière trop succincte l'histoire des instruments qui tour à tour ont été introduits dans l'arsenal lithotritique, avec leurs principales modifications. A l'aide de figures nettement dessinées, qui viennent en aide pour l'intelligence du texte, le lecteur peut, sans aucun dérangement, faire dans ce livre une excursion scientifique au milieu de cette multiplicité d'instruments.

M. Leroy établit, dans la pratique de la lithotritie, deux manières bien distinctes par leur mode d'action, auxquelles se rattachent tous les procédés opératoires, et, par suite, tous les instruments lithotriteurs : la première consiste dans la méthode dite *par usure progressive*, la seconde dans celle dite *par écrasement*.

Dans la première de ces deux méthodes figurent : 1° le procédé par perforation successive auquel se rapportent tous les instruments à branches et à forets formés d'une fraise simple, tels que ceux de M. Civiale, de M. Leroy-d'Étiolles et de M. Amussat, avec leurs modifications; 2° le procédé par évidement ou par usure excentrique, celui par usure concentrique, et celui par éclatement ; à ces procédés se rapportent tous les instruments à forets excentriques ou à développement ; 3° la division de la pierre par une scie, obtenue à l'aide de l'instrument de Weiss.

La seconde méthode est constituée par l'écrasement du calcul. Il faut mentionner dans la série des instruments qui sont propres à cette opération, le brise-coque à encliquetage et à levier de M. Amussat, modifié par M. Heurteloup, le brise-pierre articulé de Jacobson, le percuteur de M. Heurteloup, avec les nombreuses modifications qu'il a subies. C'est à ce second mode d'action que peuvent se rapporter le procédé par percussion et celui par écrasement proprement dit, au moyen de la main, de la vis, du volant, de l'écrou brisé,

de la gouttière, du pignon et de tous les compresseurs imaginés.

Parmi les divers instruments que nous venons de mentionner, les uns possèdent un seul mode d'action, les autres en réunissent plusieurs. C'est à ce dernier avantage que certains instruments doivent le privilége de pouvoir servir successivement ou simultanément à différents procédés, à la compression proprement dite, par exemple, et à la percussion.

Quelques mots sur les supports fixes et mobiles, sur les étaux, les tours à la main, les lits mécaniques, etc., complètent l'abrégé de l'histoire de la lithotritie vésicale.

La lithotritie urétrale, à laquelle peuvent seulement se rapporter les tentatives d'extraction des corps étrangers qui ont été faites avant la découverte toute moderne du broiement des pierres dans la vessie, est devenue aujourd'hui le complément nécessaire de la lithotritie vésicale ; aussi a-t-elle acquis dans ces derniers temps de grands perfectionnements. La curette, la pince à trois branches de Fabrice de Hilden, la tarière d'Ambroise Paré, la pince à éclatement de Fisher, celle de Germanus, de Hallès, dite de Hunter, d'Astley Cooper, le bec-de-bécasse de Lamothe, l'anse métallique de Marinus, etc., étaient jusqu'à ces dernières années les seuls instruments destinés à cet usage.

Les instruments imaginés depuis dix ans pour la lithotritie urétrale ont pour but, les uns d'extraire, les autres de diviser les pierres et les fragments dans le canal de l'urètre. Ce sont : une modification de la pince de Hallès, dont les branches sont indépendantes, l'anse métallique à écrou de M. Jules Cloquet, le petit percuteur de M. Amussat, la pince urétrale, la pince à valet compresseur et la curette articulée de M. Leroy-d'Étiolles, ainsi que la combinaison de ces instruments, la combinaison de la curette articulée avec un foret à développement par Dabowiski, et la jonction par Mirault de deux curettes articulées en sens inverse.

On voit par cet exposé que le livre de M. Leroy répond exactement à son titre. Ce n'est point un traité de lithotritie que l'auteur a eu l'intention d'écrire, depuis long-temps il a rempli cette tâche, mais seulement la partie historique de cette science, c'est-à-dire sa découverte et l'histoire des nombreux instruments qui ont été successivement imaginés et mis en usage. G. Vignolo.

TABLES.

1839. TOME III.

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

De la puissance vitale considérée dans ses lois pathologiques; par le docteur Blaud. (Suite), 5.

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

Essai sur l'action thérapeutique de la médication vomitive, ou des effets que cette médication peut exercer sur la marche des maladies; par M. Félix Andry. (Suite et fin), 16, 205,

Rapport fait à la Société de médecine de Paris par M. A. Bérard, sur un nouvel appareil orthopédique contre les déviations de la taille, inventé par M. Chailly, 40.

Note sur un nouveau mode d'auscultation, lue à la Société de médecine de Paris par M. Hourmann, 54.

Traitement et guérison d'un coup de feu qui a traversé le cou d'avant en arrière; observation recueillie par M. Vignolo. 59.

Considérations médico-légales sur un cas de mort par strangulation ou par apoplexie; par Max. Durand-Fardel, 161.

— Rapport fait à la Société de médecine de Paris sur le mémoire précédent, 176.

Mélanges cliniques; par M. Payan, 186.

— De l'emploi local des chlorures dans les suppurations fétides, Id.

— Observation d'un cancer de l'œil revenu après une première extirpation, et radicalement guéri après une deuxième, 198.

Mémoire pour servir à l'étude de l'hygiène, et à l'établissement d'une classification des matières de cette science; par M. Monneret, 322.

Oservations pratiques sur les revaccinations et sur quelques autres faits relatifs à la variole; par le docteur Finaz, 318.

Considérations pratiques sur le traitement des rétrécissements urétraux; par M. le docteur Payan, 358.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

Analyses d'ouvrages. Leçons de clinique chirurgicale faites à l'Hôtel-Dieu de Paris par le baron Dupuytren; recueillies et publiées par MM. Brière de Boismont et Marx. (Analyse par M. Corby, 74.

— Traité de médecine opératoire,

Bandages et appareils; par Ch. Sédillot. (Analyse par M. Corby). 80.
— Traité de diagnostic et de séméiologie ; par A. Piorry. (Analyse par M. Martinet.), 223.
— Neuf années de séjour à Constantinople; par M. le docteur Brayer. (Analyse par M. V. Renouard), 388.
— De la médecine légale des aliénés dans ses rapports avec la législation criminelle; par A. Bottex. (Analyse par M. Z.), 396.
Revue analytique et critique des journaux de médecine français. (*Juillet.*) Hémorrhoïdes et fissures de l'anus. — Principes fondamentaux du cathétérisme. — Emploi du sirop de goudron en médecine. — Action révulsive de la diurèse dans quelques maladies de l'enfance.— Frictions de sulfate de quinine dans les fièvres intermittentes des enfants, etc., 90.
— (*Août.*) Curabilité de la phthisie pulmonaire. — Épidémie de Versailles. — Huile de croton-tiglium dans l'entéralgie saturnine. — Rhubarbe. — Saccharum albumineux. — Eaux minérales de Capbern. — Épidémie de fièvres à Marmande. — Torticolis ancien, 235.
— (*Septembre.*) Caractères généraux du rachitisme.— Hémiplégie faciale chez les nouveau-nés. — Section des tendons ou des muscles dans les déviations latérales de l'épine. — Percussion latérale dans le diagnostic des hernies. — Opium dans le tremblement nerveux.— Traitement du cancer externe. — Catalepsie intermittente quotidienne.— Efficacité de la compression dans un grand nombre de cas.—Granulations des paupières.—Angine laryngée œdémateuse, 404.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

Revue des journaux de médecine allemands. — Examen microscopique de la membrane muqueuse intestinale dans le choléra. — Origine, développement et terminaison des tubercules pulmonaires, etc., 101.
Revue des journaux de médecine anglais et américains.— OEdème de la luette. — Anévrisme de l'artère pulmonaire.—Teinture de colchique en frictions. — Caverne tuberculeuse: rupture d'un gros vaisseau. —Grossesse extrà-utérine. — Rupture de l'utérus traitée par l'opium. — Tumeur érectile traitée par le séton.—Hydatides du cœur. — Séparation du col de l'utérus pendant l'accouchement. — Anévrisme de l'aorte comprimant l'artère pulmonaire. — Accouchement de jumeaux à des époques différentes de la grossesse. — Empoisonnement par la créosote, 248.
Revue des journaux de médecine anglais. — Extirpation de l'utérus au moyen de la ligature. — Résultat des revaccinations pratiquées dans l'armée prussienne en 1838. — Déchirure du périnée guérie par la suture empennée.—Expulsion de cinq pouces d'intestin invaginé. — Implantation du placenta sur le col utérin avec déformation du bassin, 421.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Institut de France. (*Juillet.*) Nerfs sensitifs et moteurs. —

Injection de substances salines dans les veines. — Purification de l'eau de la mer, etc., 112.
—(*Septembre.*) Emploi de l'huile de schistes contre la gale. — Structure des poumons.— Découverte de MM. Niepce et Daguerre, 432.
Académie royale de médecine. (*Juillet.*) Accouchement à travers le périnée.—Epistaxis mortelle. — Nouveaux biberons, bouts de sein et autres instruments de chirurgie de M. Charrière, etc., 119.
— (*Août.*) Rapport fait à l'Académie de médecine par une commission composée de MM. Amussat, Bouillaud, Husson, Lecanu et Ollivier (d'Angers), rapporteur, sur les expériences de M. Rognetta, relatives au traitement de l'empoisonnement par l'arsenic, 265.
— (*Septembre.*) Traitement des fractures par l'appareil inamovible. — Traitement des tumeurs par le caustique de Vienne. —Nouvel instrument pour pratiquer la suture dans la staphyloraphie. — Empoisonnement par l'acide arsénieux. — Hémorrhagie spontanée du mésentère. — Galactyrrhée des nouveau-nés. — Traitement de la folie par intimidation, etc. 445.
Société de médecine de Paris. (*Juillet.*) Cuivre et plomb trouvés dans les tissus organiques. — Hyperencéphalie. — Pleurésie traitée homœopathiquement, 136.
— (*Août.*) Discussion sur le traitement de la gravelle et des calculs urinaires par les eaux alcalines, et notamment par l'eau de Vichy. — Efficacité des mêmes eaux contre l'obésité, 390.

VARIÉTÉS.

(*Juillet.*) Concours devant les Facultés de Paris et de Montpellier. — Nomination de M. Trousseau. — Réponse de M. Payan à la réclamation de M. Serre, 141.
(*Août.*) Système décimal appliqué aux poids médicaux.—Histoire d'un fou qui s'est guéri lui-même, 303.
(*Septembre.*) Police des autopsies. — Association des médecins de Paris, 460.

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Annales françaises et étrangères d'anatomie et de physiologie, 145.
Signoret, Considérations générales sur l'état de la médecine, 150.
Rayer, Traité des maladies des reins, etc., 157.
Frappart, Lettres sur le magnétisme et le somnambulisme, 316.
John Hunter, OEuvres complètes, 317.
Terme et Montfalcon, Histoire statistique et morale des enfants trouvés, 463.
J.-E. Verdier, Observations et réflexions sur les phlegmasies de la prostate, 467.
Leroy-d'Etiolles, Histoire de la lithotritie, 470.



TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES ET DES AUTEURS.

A.

Accouchement à travers le périnée, 119.
— prématuré d'un jumeau, l'autre restant dans l'utérus jusqu'au terme naturel, 264.
Acide arsénieux (Empoisonnement par l'), 453.
Albumine contre la dysenterie, 242.
Aliénés (Médecine légale des), 396.
Altérations de l'encéphale dans les maladies typhoïdes, 457.
Amussat. Anus artificiel, 130.
Andry. Médication vomitive, 16, 205.
Anévrisme de l'artère pulmonaire, 250.
—de l'aorte, comprimant l'artère pulmonaire, 263.
Angine laryngée œdémateuse, 416.
Annales françaises et étrangères d'anatomie et de physiologie, etc., 145.
Anus artificiel, 130.
Appareil orthopédique du docteur Chailly, 40.
— inamovible dans le traitement des fractures, 445.
Appendice cœcale (Inflammation de l'), 111.
Arago. Rapport sur le Daguerréotype, 434.
Arsénieux (Empoisonnement par l'acide), 453.
Artère pulmonaire (Anévrisme de l'), 250.
Atrophie du globe de l'œil, 97.

B.

Berthcrand. Compression, 412.
Biberons en ivoire flexible (Nouveaux) de M. Charrière, 122.
Blaud. Puissance vitale, 5.
Boîte métroscopique pour éprouver le myopisme des conscrits, 99.
Boltex. Médecine légale des aliénés, 396.
Bouts de sein en ivoire flexible (Nouveaux) de M. Charrière, 122.
Bouvier. Section des tendons et des muscles dans les déviations latérales de l'épine, 409.
Brayer. Neuf années à Constantinople, 388.
Brière de Boismont et Marx. Leçons de clinique chirurgicale de Dupuytren, 74.

C.

Cancer de l'œil, 198.
Cancer externe (Traitement du) par la ligature des vaisseaux sanguins et la section des nerfs, 411.

Capbern (Eau minérale de), 243.
Carron du Villards. Atrophie du globe de l'œil, 97.
Catalepsie intermittente (Guérison d'un cas de) par le sulfate de quinine, 412.
Cathétérisme (Principes du), par Mayor, 92.
Caustique de Vienne contre les tumeurs, 451.
Caverne tuberculeuse du poumon, 252.
Chailly. Appareil orthopédique, 40.
Charrière. Nouveaux biberons et bouts de sein en ivoire flexible, 122.
Chlorures (Emploi des) dans les suppurations fétides, 186.
Clinique chirurgicale de Dupuytren (Leçons de), 74.
Cœcale (Inflammation de l'appendice), 111.
Colchique (Teinture des bulbes de), 251.
Colique de plomb (Emploi de l'acétate de plomb contre la), 428.
Compression (Efficacité de la) dans un grand nombre de cas, 412.
Concours ouvert devant les Facultés de médecine de Paris et de Montpellier, 141.
Considérations générales sur l'état de la médecine, par Signoret, 150.
Corby. Analyse des Leçons de clinique chirurgicale de Dupuytren, 74.
— Analyse du Traité de médecine opératoire, bandages et appareils, de Sédillot, 80.
Coups de feu à travers le cou, d'avant en arrière, 59.
Crâniotomie dans un cas d'implantation du placenta sur le col utérin, 430.
Créosote (Empoisonnement par la), 264.
Croton-tiglium (Huile de) dans l'entéralgie saturnine, 240.
Cuivre et plomb trouvés dans les tissus organiques, 136.

D.

Daguerre et Niepce, 434.
Daguerréotype, 434.
Delirium tremens (Opium à haute dose contre le), 410.
Diurèse considérée comme action révulsive dans quelques maladies de l'enfance, 94.
Dupuytren. Leçons de clinique chirurgicale, 74.
Durand Fardel, 162.

E.

Eau de mer (Purification de l'), 115.
Eaux de Vichy contre la gravelle et la pierre, 290.
— contre l'obésité, 290.
Encéphale (Altération de l') dans les maladies typhoïdes, 457.
Enfants trouvés (Histoire statistique et morale des), 463.
Épidémie de Versailles, 238.
Épistaxis mortelle, 121.
Examen microscopique de la muqueuse intestinale dans le choléra, 101.
Expectation dans les fractures comminutives des membres et dans les plaies des grandes articulations, 95.
Extirpation de l'utérus, 421.

F.

Face (Névralgie et paralysie de la), 115.
Fièvre typhoïde, 134.
Fièvres intermittentes simples et pernicieuses, 244.
Finaz. Revaccinations, 348.
Fissures à l'anus et hémorrhoïdes, 90.

Folie (Intimidation contre la), 457.
Fou (Histoire d'un) qui s'est guéri deux fois malgré les médecins, et une troisième fois sans eux, 305.
Fractures comminutives (Expectation dans les), 95.
— (Traitement des) par l'appareil inamovible, 445.
— de la jambe, 459.

G.

Galactyrrhée des nouveau-nés, 455.
Gale (Huile de schistes contre la), 432.
Goudron (Emploi du sirop de), 93.
Gouzé. Granulations des paupières, 413.
Grossesse tubaire, 108.
— extra-utérine, 254.
Guérin. Rachitisme, 404.

H.

Hémiplégie faciale des enfants nouveau-nés, 408.
Hémorrhagie du mésentère, 454.
Histoire statistique et morale des enfants trouvés, 463.
— de la lithotritie, 470.
Hunter, John (OEuvres complètes de), 317.
Hydatides du cœur, 261.
Hygiène (Mémoire sur l'étude de l'), 321.
Hyperencéphalie, 137.

I.

Incontinence d'urine chez les vieillards, 117.
Instrument (Nouvel) à suture dans la staphyloraphie, 452.
Invagination de l'intestin, 427.

L.

Landouzi. Hémiplégie faciale des nouveau-nés, 408.
Leyroux. Angine œdémateuse, 416.
Luette (OEdème de la), 248.

M.

Magnétisme et somnambulisme, 316.
Maladies des reins et altération de la sécrétion urinaire, 157.
Martinet. Analyse du Traité de diagnostic de Piorry, 223.
Maxillaire inférieur (Résection du), 458.
Mayor, de Lausanne. Principes du cathétérisme, 92.
Médecine opératoire (Traité de), par Sédillot, 80.
— légale des aliénés, 396.
Médication vomitive, 16, 205.
Mésentère (Hémorrhagie du), 454.
Mondière (Saccharum albumineux de M.) contre la dysenterie, 242.
Monneret. Mémoire sur l'étude de l'hygiène, 321.
Mort par strangulation ou par apoplexie, 162.

N.

Nerfs sensitifs et moteurs, 112.
Neuf années à Constantinople, par M. Brayer, 388.
Névralgie et paralysie de la face, 115.
Niepce et Daguerre, 434.

O.

Obésité (Traitement de l') par les eaux de Vichy, 290.
OEdème de la luette, 248.
OEil (Atrophie du globe de l'), 97.

OEil (Cancer de l'), 198.
Opium (Administration de l') dans un cas de rupture de l'utérus, 256.
— à haute dose dans le delirium tremens, 410.
Organes de la respiration, 115.
Orthopédique (Nouvel appareil), 40.

P.

Paralysie et névralgie de la face, 115.
Payan (Réponse du docteur) à la réclamation de M. Serre, 142.
— Emploi local des chlorures dans les suppurations fétides, 186.
— Cancer de l'œil, 198.
— Rétrécissements de l'urètre, 139.
Percussion latérale appliquée au diagnostic des hernies, 410.
Périnée (Accouchement à travers le), 119.
— (Déchirure du), 425.
Phthisie pulmonaire (Essai sur la curabilité de la), 235.
Piorry. Traité de diagnostic et de séméiologie, 223.
Pleurésie guérie homœopathiquement, 139.
Plomb et cuivre trouvés dans les tissus organiques, 136.
Poids et mesures (Nouveau système de) appliqué à la médecine et à la pharmacie, 129, 303.
Police des autopsies, 460.
Poumons (Structure des), 432.
Puissance vitale, 5.
Purification de l'eau de mer, 115.

Q.

Quinine (Sulfate de) en friction sous les aisselles dans les fièvres intermittentes chez les enfants, 95.

R.

Rachitisme (Caractères généraux du), 404.
Rapport fait à la Société de médecine sur un mémoire de M. Durand-Fardel relatif à la mort par strangulation, 176.
Rayer. Maladies des reins et altération de la sécrétion urinaire, 157.
Reins (Maladies des) et altération de la sécrétion urinaire, 157.
Renouard. Analyse de M. Brayer, 388.
Réponse du docteur Payan à la réclamation de M. Serre, 142.
Respiration (Organes de la), 115.
Rétention d'urine chez les vieillards, 117.
Rétrécissements de l'urètre, 123, 358.
Revaccinations, 348.
— dans l'armée prussienne, 422.
Rhubarbe, 241.
Rozier. Notice, 467.
Rognetta (Rapport sur les expériences de M.) sur l'empoisonnement par l'acide arsénieux, 265.
Rupture de l'utérus, 256.

S.

Saccharum albumineux contre la dysenterie, 242.
Sébastian. Tubercules pulmonaires, 105.
Section des tendons ou des muscles dans les déviations latérales de l'épine, 409.
Sédillot. Médecine opératoire, bandages et appareils, 80.
Signoret. Considérations sur l'état de la médecine, 150.
Sirop de goudron (Emploi du), 93.
Somnambulisme et magnétisme, 316.
Staphyloraphie, 452.

Steinbrenner. Fièvre typhoïde, 134.
Sterno-cléïdo-mastoïdien (Section du), 246.
Strangulation (Mort par), 162.
Substances salines dans les veines, 114.
Sulfate de quinine en friction chez les enfants, 95.
Suture (Nouvel instrument à) dans la staphyloraphie, 452.
Système décimal (Application du) à la médecine et à la pharmacie, 129, 303.

T.

Terme et Montfalcon. Enfants trouvés, 463.
Typhoïde (Fièvre), 134.
Tétanos (Guérison d'un cas de), 109.
Tibia (Résection d'une portion considérable du), 459.
Torticolis (section du sterno-mastoïdien), 246.
Trousseau (Nomination de M.) à la chaire de thérapeutique et de matière médicale, 142.
Tubaire (Grossesse), 108.
Tubercules pulmonaires, 105.
Tumeur érectile guérie par le séton, 259.

U.

Urètre (Rétrécissements de l'), 123, 358.
Urine (Incontinence, rétention et regorgement d'), chez les vieillards, 117.
Utérus (Rupture de l'), 256.
— (Séparation du col de l') pendant l'accouchement, 262.
— (Extirpation de l'), 421.

V.

Variole, 348.
Verdier. Phlegmasies de la prostate, 467.
Versailles (Épidémie de), 238.
Vichy (Traitement de la gravelle et des calculs urinaires par les eaux de), 290.
— (Traitement de l'obésité par les eaux de), 290.
Vienne (Caustique de) contre les tumeurs, 451.
Vignolo. Observation d'un coup de feu qui a traversé le cou d'avant en arrière, 59.
— Histoire de la lithotritie (notice), 460.
Vomitive (Médication), 16, 205.

FIN DES TABLES.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

1839.—TOME IV.

COLLABORATEURS.

MM.

BAYLE, Docteur et Agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

BELL, D. M. P., ancien Interne des hôpitaux et vice-président de la Société anatomique de Paris.

BELMAS, D. M. P., ancien chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Strasbourg.

BLAUD, D. M. P., Médecin en chef de l'hôpital de Beaucaire (Gard).

BOUCHACOURT, D. M. P., ancien interne des hôpitaux de Lyon.

CHAUVIN, D. M. P. à Sion (Loire-Inférieure).

CORBY, D. M. P., ancien Chef de Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Paris.

CRUVEILHIER, Professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris.

DELENS, D. M. P., ancien Inspecteur général des études, membre de l'Académie royale de médec.

ESQUIROL, Médecin en chef de Charenton, membre de l'Académ. royale de médecine.

FERRAND DE MISSOL, D. M. P.

GIBERT, Docteur et Agrégé de la Faculté de médecine, et Médecin des hôpitaux de Paris.

LAGASQUIE, D. M. P., membre de la commission médicale d'Égypte en 1828, 29 et 30.

MARTINET, D. M. P., Agrégé libre de la Faculté de médec. de Strasbourg.

MM.

MARTINS, D. M. P., ancien Aide-naturaliste de la Faculté de médecine de Paris.

NONAT (Auguste), Médecin du bureau central des hôpitaux, membre de la Société de médecine de Paris.

PRUS, Médecin de l'hospice de Bicêtre, secrétaire-général de la Société de médecine de Paris.

RAYNAUD, D. M. P.

RÉCAMIER, ancien Professeur de Clinique médicale de la Faculté, Médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris.

REVEILLÉ-PARISE, D. M. P., membre de l'Académie royale de médecine.

RIBES PÈRE, D. M. P., membre de l'Académie royale de médecine, Médecin de l'hôtel des Invalides.

RISUÉNO D'AMADOR, Professeur à la Fac. de médec. de Montpellier.

ROZIER, D. M. P., membre du Jury médical et Médecin en chef de l'Hôpital-Gén. de Rhodez (Aveyron).

SÉGUIN, D. M. P.

VERGEZ, D. M. P. à Châteaubriant (Loire-Inférieure).

VIGNOLO, ancien interne de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

VIREY, membre de l'Acad. royale de médecine.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE,

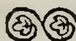
JOURNAL DES PROGRÈS

DE LA

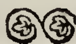
MÉDECINE HIPPOCRATIQUE,

PAR J. B. CAYOL,

Chevalier de la Légion-d'Honneur, ancien Professeur de Clinique médicale
de la Faculté à l'hôpital de la Charité de Paris,
Médecin consultant de l'Institution royale des Jeunes-Aveugles
et de l'Infirmerie Marie-Thérèse, Membre de la Société de médecine pratique
de Montpellier, de la Société royale et de la Société académique de médecine
de Marseille, de l'Académie des sciences médicales de Palerme, etc.



1839.—Tome Quatrième.





PARIS,

AU BUREAU DE LA REVUE MÉDICALE,

RUE SERVANDONI, 17, HOTEL DE LA MAIRIE.

—

1839.

L'histoire de la médecine au dix-neuvième siècle dira le bien qu'a fait ce journal (la *Revue médicale*), par la force de son opposition aussi généreuse que décente.

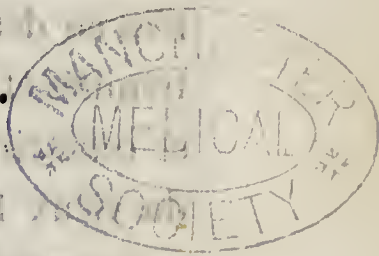
Bérard, *Esprit des doctrines médic.*, p. 144.

PARIS, IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON,
56, Rue de Vaugirard.

REVUE MÉDICALE.

(*Octobre 1839.*)

CLINIQUE ET MÉMOIRES.



DES MALADIES

LES PLUS COMMUNES DANS LA VILLE DE LONDRES PENDANT LE XVIIIe SIÈCLE,

D'après les bills de mortalité,

ET DES CHANGEMENTS QUI SE SONT OPÉRÉS DANS LA SALUBRITÉ COMPARÉE DES SAISONS ;

PAR M. BUREAUD RIOFREY,

Médecin français établi à Londres.

Dans les maladies communes et populaires il n'y a pas seulement à considérer les constitutions atmosphériques, mais il faut étudier surtout l'influence constante des localités. Comme ces localités restent rarement dans un état stationnaire, et qu'elles deviennent salubres par les progrès de la civilisation ; ou qu'elles se détériorent par l'ignorance des habitants ou de ceux qui les gouvernent, il en résulte que les maladies les plus communes suivent les phases diverses de ces localités. Si nous faisons l'application de ces principes à l'étude de Londres, nous trouvons que les maladies sont en rapport avec l'état physique et social de cette métropole ; car, à mesure qu'elle progresse et se perfectionne, les maladies qui dépendent du sol et de l'homme

en société décroissent et disparaissent même, et il ne reste d'autres maladies communes que celles qui dépendent des variations atmosphériques. Londres a subi d'immenses transformations pendant le dix-huitième siècle ; mais, considérées en détail, ces transformations se sont opérées aux extrémités et à la périphérie de la ville bien plus qu'au centre, et cette circonstance nous expliquera la lenteur des progrès du vieux Londres et la faible différence numérique qui se remarque dans sa mortalité. Mais Londres ne pouvait construire de toutes parts des canaux souterrains pour l'écoulement des eaux impures, son état physique et social ne pouvait progresser sans qu'il se manifestât quelque amélioration dans la santé publique ; et cette amélioration s'est manifestée, non-seulement par la décroissance rapide de la mortalité, mais encore et surtout par le caractère des maladies communes ou populaires.

Le vieux Londres, par une conséquence nécessaire de sa position centrale et resserrée, et des habitudes de ses citoyens qui pendant long-temps restèrent attachés au sol de la cité, n'avait pas marché dans les voies de la civilisation d'un pas égal à celui du reste de la ville. Le vieux Londres était resté le centre des préjugés comme il fut long-temps le centre de la peste. Il m'a paru digne de l'intérêt et de l'attention des médecins de montrer les changements qui se sont opérés dans les maladies d'une localité avant que la mortalité soit sensiblement décrue. Il semble que la léthalité des maladies change et se déplace avant de décroître, et que ce changement est lui-même un progrès.

L'étude à laquelle je me suis livré sert encore à expliquer pourquoi à certaines époques, et dans des circonstances données, les maladies communes ou populaires qu'on a long-

temps traitées avec succès par une méthode née de l'époque, et applicable à cette époque, réclament d'autres traitements lorsque les circonstances de localité physiques ou sociales ne sont plus les mêmes. La médecine ne peut pas être immuable, et la certitude médicale qui n'est qu'une certitude de probabilité doit varier comme les élements sur lesquels elle se fonde ; et conséquemment l'opportunité et l'efficacité d'une médication et d'une méthode ne sauraient être les mêmes dans tous les pays, ni dans tous les temps.

Le tableau que je présente met d'un seul coup-d'œil en relief les maladies les plus communes et le plus souvent mortelles au commencement et à la fin du dix-huitième siècle. J'ai pris dix années de chacun de ces deux termes, afin qu'il fût possible d'avoir une idée de l'état de la mortalité du vieux Londres d'après les bills de mortalité, qui ne comprennent pas le nouveau Londres.

TABLEAU

Des causes de mortalité dans le vieux Londres pendant dix années comparées du commencement et de la fin du dix-huitième siècle.

NOMS des MALADIES.	NOMS des TEMPS.	De 1700 à 1710.	De 1790 à 1800.
Apoplexie	Apoplexy, suddenly	1192	219
Aposthèmes ou abcès	Imposthume or abcess	501	277
Asthme et phthisie	Asthma et tissick	129	4829
Bile (maladies bilieuses)	Bile	«	1
Boissons (Excès de)	Excessive drinking	4	57
Cancer et muguet	Cancer, canker, thrush	1121	1149

	NOMS des MALADIES.	NOMS des TEMPS.	De 1700 à 1710.	De 1790 à 1800.
Casualités.	Armes à feu (Morts par).	Shot	22	»
	Assassinats	Murdered	83	38
	Brûlures	Burnt	74	174
	Échauboulures (1)	Scalded	9	55
	Empoisonnements	Poisoned	5	28
	Étouffés, asphyxiés	Smothered, suffocated	21	50
	Enfants étouffés	Overlaid	577	»
	Exécutés (suppliciés)	Executed	62	269
	Faim (Morts de)	Starved	»	21
	Fractures	Bruised, broken limbs	36	54
	Gelée (Morts par la)	Frozen	»	3
	Meurtrissures	(Voy. Fractures)	»	25
	Peur (Morts de)	Fright	»	12
	Noyés	Drowned	592	1141
	Trouvés morts	Found dead	201	96
	Tués	Killed	496	605
	Suicides	Suicide	278	274
	Coliques et vents	Colick et wind	933	92
	Consomption	Consumption	26637	49593
	Convulsions	Convulsion	51802	42008
	Couches (Femmes en)	Childbed, miscariage	2175	1703
	Crampes	Cramp	»	3
	Croup	Croup	»	117
	Dentition	Teething	11513	4045
	Diabètès et strangurie	Diabetes et strangury	23	6
	Diarrhée ou dévoiement	Looseness	46	»
	Eruptions	Rash	32	»
	Elargissement du foie	Livergrown	45	31
	Enfants	Infants	244	»
	Enfants d'un mois	Chrisomes	471	»
	Esquinancie et maux de gorge.	Quinsy et sore throath	131	193
	Feu de St-Antoine	St-Anthony's sire	51	18
	Fièvre intermittente	Ague	48	51
	Fièvre maculée	Spotted fever	573	»
	Fièvre pétéchiale	Purples	106	»
	Fièvre	Fever	26966	19353
	Fistule	Fistula	243	38
	Folie	Lunacy or insanity	263	697
	Froid et rhume, coqueluche.	Cold, cough et hooping cough	76	4002
	Gangrène	Gangrene, mortification	333	2225
	Goutte et sciatique	Gout et sciatic	182	960

(1) Nous ne nous chargeons pas d'expliquer à nos lecteurs comment les *échauboulures* peuvent figurer parmi les causes de mortalité. S'il y a dans le vieux Londres, comme à Paris, des officiers de santé chargés de constater officiellement les décès, on peut juger d'après ce tableau qu'ils ne sont pas forts en nosographie. (N. R.)

NOMS des MALADIES.	NOMS des TEMPS.	De 1700 à 1710.	De 1790 à 1800.
Gravelle, pierre et strangurie.	Gravelle, stone, strangury.	461	302
Hémorrhagie..............	Bleeding, bloody flux, flux.	172	213
Hernies..................	Bursten et rupture.......	201	166
Hystérie.................	Rising of the lights.......	750	»
Hydrophobie	Hydrophobia	»	11
Hydropisie...............	Dropsy	7205	8569
Hydrocéphale	Headmouldshot.	130	678
Iliaque passion..........	Stoping of the stomach ...	2608	106
Indigestion	Surfeit	465	13
Inflammation	Inflammation	79	3435
Jaunisse.................	Jaundice	763	598
Lèpre et teigne..........	Leprosy et scald head.....	14	»
Léthargie................	Lethargy...............	62	21
Maladies diverses........	Various	174	121
Mélancolie et chagrin	Spleen et grief	84	56
Migraines................	Headache et megrim......	7	»
Morts-nés et avortements....	Still born et abortive.....	5306	7150
Paralysie	Palsy	198	866
Petite vérole............	Small pox...............	9410	17685
Petite vérole volante........	Chicken pox............	»	9
Phthisie	Tissick................	2876	4822
Plaies et ulcères............	Sores et ulcers...........	409	107
Pleurésies	Pleuresy	142	298
Rachitisme	Rickels................	3110	»
Rougeole.................	Measles	1026	2421
Rhumatisme	Rheumatism	246	56
Scorbut..................	Scurvy	52	43
Scrofules et écrouelles......	King's evil	697	50
Syphilis	French pox.............	456	277
Spasme	Spams..................	»	11
Tranchées et coliques.......	Swisting et graping of guts.	8876	»
Tétanos	Lock jaw...............	»	10
Trouvés morts............	Found dead..............	201	96
Tympanite	Tympany...............	135	»
Vers....................	Worms	371	87
Vieillesse et faiblesse.......	Old' age et bedridden......	15381	12144
Vomissement	Vometing...............	164	»

Quelles sont les maladies dont la gravité s'est accrue ? quelles sont celles dont le danger est devenu moins fréquent ? Ces questions sont importantes, puisque, sans résoudre les difficultés que présentent l'accroissement et le dé-

croissement général des maladies, elles montrent au médecin et à l'homme du monde les maladies qui ont affligé nos pères, et celles qui sévissent le plus communément pendant l'époque la plus rapprochée de nous ; et si, comme je l'ai indiqué, les maladies présentes découlent des conditions du temps passé, il en résulte que les maladies de la fin du dix-huitième siècle doivent ressembler beaucoup aux maladies du temps présent ; conséquemment l'étude de ces maladies touche à nos intérêts les plus chers, à notre santé, à notre vie. La mortalité et les maladies varient selon que les causes favorables ou contraires à la santé existent sans modification et sans relâche. Lorsqu'une maladie tient une large place dans les bills de mortalité, cette maladie a plus de prise sur les indigènes que sur les étrangers, et c'est là surtout ce qui rend l'étude statistique de la mortalité et des maladies digne de l'observation des médecins. Voyons quelles étaient les maladies les plus graves au commencement et à la fin du dix-huitième siècle.

MALADIES DONT LE NOMBRE A DÉCRU PENDANT LE 18e SIÈCLE. — Chiffres de la décroissance pendant les 10 dernières années.		MALADIES DONT LE NOMBRE COMPARATIF S'EST ACCRU PENDANT LE 18e SIÈCLE. — Chiffres de l'accroissance pendant les 10 dernières années.	
Convulsions.	9,792	Apoplexie.	998
Dentition.	7,468	Folie.	434
Colique.	841	Paralysie.	666
Dévoiement.	46	Asthme.	4,700
Dysenterie.	8,876	Consomption.	22,956
Tympanite.	135	Toux, froid et catarrhe.	3,926
Passion iliaque ou choléra.	2,502	Phthisie.	1,946
Fièvres maculées. . . .	573	Pleurésie.	156
A reporter. . .	30,233	*A reporter*. . .	35,782

MALADIES EN DÉCROISSANCE A LA FIN DU 18e SIÈCLE.		MALADIES QUI SE SONT ACCRUES PENDANT LE 18e SIÈCLE.	
Report. . .	30,233	*Report.* . .	35,782
Fièvres continues. . . .	7,613		
— pétéchiales. . .	106		
Rachitisme.	3,110	Maux de gorge.	61
Scrofules	647	Petite vérole.	8,275
Syphilis.	189	Rougeole.	1,395
Maladies puerpérales. .	472	Avortements.	1,884
Gravelle.	159	Inflammation.	3,356
Rhumatisme.	190	Gangrène.	1,892
Jaunisse.	165	Hydropisie.	1,364
Abcès.	224	Hydrocéphale.	548
Plaies et ulcères.	302	Hémorrhagie.	41
Vers.	284	Goutte et sciatique. . .	778
Vomissement	164	Exécutés (suppliciés). .	277
Vieillesse.	3,237		
	47,035		55,653

Ainsi, vingt maladies graves, comparées ensemble sous le rapport de la mortalité au commencement et à la fin du dix-huitième siècle, présentent, non pas une diminution, mais un accroissement très-marqué. Si les maux ont varié, la mort n'a rien perdu de ses droits et a fait à peu près le même nombre de victimes. Le choix même dans le genre de mort n'est pas laissé à l'homme. Il paie son tribut à la mort par les fièvres, la phthisie, ou par d'autres maladies, soit aiguës, soit chroniques, selon que les causes générales, physiques ou sociales, rendent populaires les unes ou les autres. Peut-on, à la vue de ce tableau, s'enorgueillir beaucoup des progrès de la civilisation? Pendant le moyen âge, le dix-septième siècle et le commencement du dix-huitième

le plus grand nombre des victimes que la mort réclamait périssaient des maladies des organes abdominaux. La nourriture plus saine du peuple et les dessèchements des marais ont rendu les maladies de ces organes moins communes, et affaibli cette cause de mortalité. Mais, par une triste compensation, les maladies des organes pulmonaires sont plus communes et plus souvent mortelles. Comment espérer diminuer la fréquence et la léthalité des maladies des organes respiratoires dans une ville immense, dont l'air est constamment souillé de matières impures et irritantes?

Le scrofule et le rachitisme ont décru, et cette décroissance est évidemment le résultat des améliorations matérielles introduites par les progrès de l'hygiène dans les habitations, les rues, dans l'usage et l'écoulement des eaux de Londres.

Les fièvres continues, pétéchiales et maculées ont décru, effet évident de l'amélioration de l'état social du peuple; les maladies putrides sont devenues de plus en plus rares depuis qu'on a pris plus de soin de la ventilation, de la propreté, de l'écoulement des eaux. Par compensation, l'inflammation et la gangrène sont venues occuper une place plus grande dans les bills de mortalité. Les convulsions des enfants, et en général les accidents de la dentition, ont sensiblement décru; cette décroissance a dû être réelle, car tous les écrivains du dix-huitième siècle l'ont remarquée. Sans regarder les bills de mortalité comme bien exacts pour établir les rapports de la mortalité avec les naissances de Londres, cette décroissance de la mortalité des enfants avait dû être antérieure au bill du parlement qui envoya les orphelins à la campagne, bien que ce ne fût que deux ans après que Richard Price, écrivant à Franklin, reconnaissait

que la mortalité des enfants avait beaucoup diminué dans Londres, à cause de l'extension de la ville; mais il signalait aussi l'usage d'envoyer les enfants à la campagne. Il paraît que, dès cette époque, les riches négociants de la Cité commençaient à avoir des maisons de campagne. Mais tandis que la mortalité des enfants a décru, et que cette décroissance porte sur des maladies de la tête, il est triste de reconnaître que la plus grande fréquence de l'apoplexie, de la paralysie et de la folie, maladies d'adultes et d'hommes faits, vient faire une douloureuse compensation. La syphilis a décru, le virus de cette peste semble s'être affaibli, et les progrès de l'art dans son traitement l'ont tellement dompté, que la mortalité par cette maladie seulement est rare. La petite vérole et la rougeole se sont accrues; on ne peut expliquer l'accroissement de la rougeole qu'en faisant remarquer que cette maladie suit les fluctuations de la variole. Celle-ci n'a dû son accroissement qu'à la pratique de l'inoculation. Il est réservé au dix-neuvième siècle de montrer la destruction de ce fléau et le triomphe de la science médicale.

La mortalité des femmes en couches et des enfants du premier âge a subi d'heureuses variations. Selon le docteur Heberden, il mourait,

	Femmes.	Enfants.
de 1749 à 1758. . .	1 sur 42	1 sur 15
de 1759 à 1768. . .	1 sur 50	1 sur 20
de 1769 à 1778. . .	1 sur 53	1 sur 42
de 1779 à 1788. . .	1 sur 60	1 sur 44
de 1789 à 1798. . .	1 sur 288	1 sur 77

Ces résultats sont certes fort satisfaisants et n'étonnent

pas quand on réfléchit aux élèves qu'avaient dû faire les Smellie et les Denman. Les nombres sont pris du Britisch lynig in hospital de Browalow street.

Les abcès et les ulcères ont occasionné moins de morts à la fin qu'au commencement du dix-huitième siècle. Ce fait seul est un éloge pour la chirurgie, et l'influence de Pott et de Hunter a dû puissamment contribuer à ces résultats. Mais les hydropisies et les hémorrhagies se sont élevées au niveau des maladies les plus graves. Le rhumatisme a décru ; la goutte et la sciatique se sont élevées dans la balance comparative. Serait-ce que l'homme du peuple, étant mieux logé, mieux couvert, serait moins exposé à la première maladie, et que la seconde, étant produite par la surabondance des biens de la vie, indiquerait un état plus élevé de prospérité et d'opulence ? Le rhumatisme est en général la maladie des pauvres, comme la goutte est la maladie des riches. Si la première diminue, tandis que la seconde s'accroît, on peut conclure que le pauvre est moins mal, et qu'au contraire les riches sont plus nombreux.

La mortalité de la vieillesse décroît aussi pendant le dix-huitième siècle. Les deux extrémités de la vie ont subi les plus grandes variations, et le plus grand fardeau de la mortalité est tombé sur les adultes.

Enfin, j'ai mis sur la colonne des accroissements des maladies mortelles le chiffre des suppliciés. Le crime est sans contredit la plus déplorable des maladies ou des causes de mortalité. Je n'en parle ici que pour faire remarquer combien il peut y avoir de sujets d'erreur dans les relevés statistiques sans la connaissance de quelques faits historiques de localité. Les exécutions se faisaient à Tyburn jusque vers le milieu du dix-huitième siècle. Après cette épo-

que, elles eurent lieu dans l'enceinte des bills de mortalité, et dès-lors le nombre des exécutions fût compté parmi les causes de mort, tandis qu'il ne l'était point pendant que ces exécutions se faisaient à Tyburn.

De l'examen des maladies mortelles, il ressort une indication importante en médecine, c'est que la mortalité ne se répartit point à la fin du dix-huitième siècle comme pendant les siècles précédents. J'ai montré par des chiffres nombreux, distribués selon les mois les plus malsains, que pendant le dix-septième siècle la mortalité se distribuait selon l'observation des anciens : « Igitur saluberrimum ver est, proxime deinde ab hoc hyems, periculosior æstas, autumnus longe periculosissimus. »

Mais, vers le milieu du dix-huitième siècle, cet axiôme n'était déjà plus applicable, et vers la fin il était complètement faux. Comme point de comparaison aux temps futurs, je donne le tableau de Short, tableau qui donne la mortalité de quinze années.

TABLEAU DE MORTALITÉ

Selon les mois et selon les âges, d'après le docteur Short, de 1728 à 1743.

	Au-dessous de 2 ans.	De 2 à 5 ans.	De 5 à 10.	De 10 à 20.	De 20 à 30.	De 30 à 40.	De 40 à 50.	De 50 à 60.	De 60 à 70.	De 70 à 80.	De 80 à 90.	De 90 au-delà	TOTAL.
Janvier	12,593	2,678	1,306	1,232	3,021	3,576	3,730	3,480	2,625	1,988	1,203	250	37,628
Février	12,550	2,918	1,275	1,139	2,852	3,125	3,409	3,086	2,708	1,997	1,072	226	36,157
Mars	12,681	3,254	1,267	1,039	2,915	3,423	3,450	3,823	2,281	1,855	1,002	146	37,126
Avril	12,731	3,184	1,168	1,021	2,728	3,247	3,088	2,549	2,107	1,496	775	148	34,242
Mai	12,268	3,194	1,269	1,004	2,494	3,991	3,046	2,628	2,174	1,427	768	147	33,410
Juin	11,363	3,073	1,239	1,048	2,353	2,597	2,803	2,164	1,726	1,129	595	107	30,197
Juillet	10,063	2,889	1,195	952	2,261	2,748	2,622	2,259	1,858	1,021	528	114	28,210
Août	12,684	2,897	1,170	926	2,241	2,426	2,755	2,543	1,555	1,049	481	102	30,829
Septembre	13,563	3,101	1,168	1,281	2,401	2,933	2,850	2,558	1,787	1,212	617	104	33,375
Octobre	13,832	3,069	1,190	1,080	2,344	3,215	3,125	2,372	2,030	1,439	786	108	34,590
Novembre	12,010	2,867	1,169	1,097	2,685	3,378	3,255	2,924	2,313	1,511	850	122	34,181
Décembre	12,319	3,055	1,257	1,136	2,617	3,416	3,609	3,090	2,504	1,876	846	187	35,952
	148,657	36,179	14,713	12,755	30,902	370,75	37,742	33,476	25,168	18,000	9,523	1,761	405,951

L'insalubrité des différents mois, telle que je l'ai indiquée ailleurs, résulte de la mortalité de onze années, de 1630 à 1647. Les calculs sont établis sur 188,698 morts.

La mortalité de ces onze années se répartit ainsi, et les mois les plus insalubres sont en tête des colonnes.

De 1630 à 1647.		De 1728 à 1743.
Années de peste comprises.	Années sans compter la mortalité de la peste.	D'après SHORT.
Septembre.	Septembre.	Janvier,
Octobre.	Août.	Mars.
Août.	Juillet.	Février.
Juillet.	Octobre.	Mai.
Novembre.	Avril.	Novembre.
Décembre.	Mars.	Décembre.
Avril.	Décembre.	Septembre.
Mars.	Janvier.	Octobre.
Mai.	Mai.	Avril.
Janvier.	Février.	Août.
Juin.	Novembre.	Juin.
Février.	Juin.	Juillet.

Les recherches de Bateman, qui se rapportent à la fin du dix-huitième siècle et au siècle présent, nous montrent un changement complet de cet aphorisme des anciens. A la fin du dix-huitième siècle et au commencement du siècle actuel, la salubrité des saisons suit l'ordre suivant :

Automne très-salubre

Été salubre.

Hiver moins salubre.

Printemps dangereux.

Le changement n'a rien d'étonnant quand on se reporte au tableau comparatif de l'accroissement et de la décroissance des maladies le plus souvent mortelles pendant le dix-huitième siècle. En effet, au commencement de ce siècle, les maladies les plus graves étaient des fièvres et des affections des viscères abdominaux. L'histoire de la médecine de tous les temps démontre que ces maladies sont plus fréquentes en été et en automne ; mais lorsque les localités et l'état social du peuple ne viennent pas se joindre à l'influence de la saison, cette dernière influence est fort limitée. Aussi, aurions-nous quelque difficulté à comprendre aujourd'hui ce que dit Sydenham, que la maladie qui règne vers l'équinoxe d'automne donne son nom à la constitution de toute l'année. Il est évident pour l'observateur que l'influence des constitutions atmosphériques, quant à la production des maladies graves du temps de Sydenham et du commencement du dix-huitième siècle, s'est considérablement affaiblie, et, selon moi, les changements qui se sont opérés dans les localités depuis l'époque de Sydenham, et dans les maladies mortelles pendant le dix-huitième siècle, prouvent d'une manière incontestable que Sydenham avait donné trop d'importance aux constitutions atmosphériques dans la génération des maladies.

Ce qui me paraît plus incontestable, c'est l'influence du froid sur la mortalité. C'est le froid qui produit à Londres le plus grand nombre des maladies, c'est par les organes de la respiration que la population paie à la mort un plus grand tribut de victimes. C'est donc désormais vers les moyens de diminuer l'influence irritante de l'atmosphère ou de la température sur les organes respiratoires que doivent se diriger toutes les recherches et les efforts des méde-

cins, comme aussi des législateurs et des philanthropes qui donnent quelque attention à la santé publique dans la métropole.

RECHERCHES

SUR LA MORVE AIGUE,

Par MM. NONAT, docteur en médecine,

Et BOULEY, interne à l'Hôtel-Dieu ;

Rapport fait à la Société de médecine de Paris sur ce travail

PAR M. LE Dr DEVILLE.

(Imprimé par décision de la Société.)

Il est de la destinée de certaines maladies de n'entrer dans le cadre nosologique qu'après avoir été ou long-temps méconnues, ou l'objet de doutes et de controverses, jusqu'à ce qu'un observateur plus habile ou plus attentif vienne en démontrer l'existence par des faits irrécusables. C'est ainsi que la transmission de la morve du cheval à l'homme, tour à tour admise ou rejetée, est aujourd'hui une vérité médicale qui ne saurait être niée ; et s'il faut s'étonner d'une chose, c'est qu'une affection qui a des caractères si constants, si tranchés, ait échappé en quelque sorte, jusque dans ces derniers temps, aux investigations des médecins. Hâtons-nous même de dire que ce résultat important serait encore à obtenir sans M. Rayer ; c'est au savant mémoire qu'il a publié sur cet intéressant sujet, c'est aux laborieuses

recherches auxquelles il s'est consacré que nous devons enfin de connaître un état pathologique dans lequel pourtant se manifeste presque toujours un groupe de symptômes qu'on ne saurait oublier alors qu'on en a été une fois témoin.

Faudrait-il conclure de l'absence de documents sur la contagion, ou la transmission par inoculation du principe morveux des solipèdes à l'homme, que l'aptitude à contracter une semblable maladie n'avait point lieu dans d'autres temps, ou était si rare, que les cas qui pouvaient se présenter de loin en loin devaient ne point fixer l'attention des observateurs? Non, sans doute; mais une foule de raisons qui nous paraissent péremptoires se réunissent pour expliquer à cet égard le silence des auteurs. Et d'abord, si la médecine vétérinaire compte de nos jours, et a toujours compté à Paris et dans quelques grandes villes, un certain nombre d'hommes instruits et d'un mérite éprouvé, il n'en est pas de même pour la généralité de la France, où les vétérinaires n'ont en pathologie médicale que des connaissances extrêmement bornées, où chez la plupart la science est remplacée par des préjugés ou par une routine qui exclut souvent une application bien entendue des règles de l'art de guérir. Il en résulte donc que ce n'est que par exception qu'on a dû faire des remarques judicieuses sur les maladies qui se transmettent du cheval à l'homme; et cela se conçoit d'autant plus facilement que les traités de médecine vétérinaire eux-mêmes, qui pourtant dans ces derniers temps, grâce aux travaux de quelques médecins laborieux et éclairés, se sont enrichis d'observations recueillies avec soin et exactitude, laissent cependant encore beaucoup à désirer, tant sous le rapport de l'étiologie que sous celui de

la thérapeutique. Une autre considération, et, selon nous, la plus puissante de toutes, c'est que les hommes qui sont le plus exposés à contracter le principe morveux, soit par infection, soit par inoculation, sont sans contredit les palefreniers; eh bien, il est extrêmement rare que cette classe d'individus, lorsqu'elle est malade, se fasse traiter à domicile; c'est toujours dans les hôpitaux qu'elle se rend quand elle a besoin de secours, et cette circonstance répond à l'objection faite par MM. les vétérinaires qu'ils ne voient point par eux-mêmes, quoique placés, disent ils, dans des conditions favorables, les hommes qui soignent les chevaux atteints de morve présenter des symptômes analogues à cette maladie. D'une part, les palefreniers dont la santé réclame des soins ne s'adressent pas à eux, parce que, s'ils les jugent compétents pour traiter des animaux, ils ne leur accordent pas les connaissances nécessaires pour traiter des hommes; d'autre part, c'est presque constamment dans les hôpitaux qu'ils sont conduits. Et ici on conçoit aisément que les médecins, appelés à diagnostiquer des cas de morve transmise, n'aient pas reconnu chez l'homme une maladie dont la plupart ignoraient les symptômes chez les chevaux. Évidemment, d'après ce qu'on observe aujourd'hui, les praticiens ont dû de tout temps avoir sous les yeux des affections reconnaissant pour cause le principe morveux; mais les faits observés ont été caractérisés, suivant les époques, de fièvre putride, de fièvre ataxique, enfin de fièvre typhoïde; et la remarque que nous faisons ici est d'autant plus fondée que plusieurs médecins, au dire desquels on peut ajouter toute confiance, avouent maintenant, en voyant les lésions pathologiques qui sont la conséquence de la morve aiguë, que des faits absolument semblables se sont présentés dans

leur pratique, et qu'ils les ont désignés sous la dénomination vague de fièvres graves; et plusieurs de ces faits, publiés dans les recueils de médecine, quoique le mot de morve n'y soit point prononcé une seule fois, viennent pourtant aujourd'hui se ranger tout naturellement à la suite de ceux que M. Rayer a fait connaître. Tout l'ensemble des symptômes qui y sont rapportés est caractéristique d'une maladie toute particulière.

Toutefois, au nombre des réflexions qui nous sont suggérées par l'étude du sujet qui nous occupe, il en est une qui nous paraît devoir fixer un moment notre attention.

La morve chez les chevaux n'est-elle pas plus fréquente de nos jours qu'elle ne l'était dans le siècle dernier? Pour répondre à cette question, il faudrait être bien d'accord sur la cause première de cette maladie. Dans la plupart des auteurs qui ont écrit sur cette matière, on trouve que, indépendamment de la contagion, les causes du développement spontané de la morve sont : l'entassement des animaux dans les écuries, l'aération incomplète, l'obscurité, l'humidité du local où ils sont placés, les marches forcées ou des travaux exagérés, et surtout une nourriture insuffisante ou malsaine; si ce sont bien là réellement les causes principales du développement spontané de la morve chez les chevaux, il est évident qu'elles se sont trouvées réunies bien autrement depuis la fin du siècle dernier jusqu'à ce jour que dans les temps antérieurs. En effet, jamais l'entassement des chevaux n'a été plus grand que sous les guerres de la république et de l'empire. A cette époque, tout servait d'écurie, soit en France, soit à l'étranger, dans les villes où la cavalerie se trouvait casernée; et, si quelquefois les localités étaient convenablement aérées, le plus fréquemment

les chevaux devaient se trouver au milieu de l'obscurité dans des lieux humides et malsains, où l'air ne pénétrait que difficilement. Quant aux travaux exagérés, aux marches forcées, personne n'ignore que, s'il fut un temps où la guerre ait occasionné de grandes souffrances aux chevaux, ce fut celui où nos armées sillonnaient l'Europe entière ; et certes, à ces époques de gloire, mais aussi de malheur, la misère, la mauvaise nourriture, la faim, qui souvent décimaient nos braves soldats, n'épargnaient point notre cavalerie.

Enfin, dans ces derniers temps où l'industrie a couvert les grandes villes, et la capitale surtout, de milliers de diligences et d'omnibus, l'entassement des chevaux est devenu tel, que, dans quelques écuries, on place jusqu'à vingt chevaux là où dix pourraient à peine tenir. Si on ajoute à toutes ces causes de maladie la cherté des fourrages qui fait remplacer une nourriture saine par des préparations alimentaires nuisibles aux animaux, et si on fait attention à la cupidité des entrepreneurs de toute espèce, cupidité qui les détermine à conserver des chevaux morveux, alors que les réglements de police s'y opposent ; s'il est même vrai que quelques grands établissements n'emploient par économie que des chevaux atteints de morve ou de farcin, on répondra affirmativement à la question que nous avons posée au commencement de ces considérations. Oui, de nos jours la morve doit être plus fréquente chez les chevaux que dans le siècle dernier.

Quoi qu'il en soit cependant du plus ou moins de fréquence de la morve à l'époque actuelle, comparativement à d'autres temps, et par conséquent des conditions plus défavorables dans lesquelles, en admettant la contagion pos-

sible, les hommes qui soignent des chevaux doivent se trouver placés, voici sommairement quel était en France l'état de cette importante question il y a seulement quelques années : La plupart des médecins vétérinaires niaient la transmission du principe morveux par contagion du cheval à l'homme. Au contraire, en Angleterre, en Allemagne, aux États-Unis et en Italie, les journaux de médecine rapportaient des observations tendant à démontrer la contagion comme chose certaine; tandis que chez nous une semblable manière de voir était considérée comme tout-à-fait erronée, chez nos voisins des mesures sanitaires étaient prises, des précautions étaient indiquées par les bureaux de police et de santé aux personnes qui approchent en général des chevaux.

Toutefois, les faits recueillis à l'étranger et rapprochés d'autres faits analogues, les conséquences tirées de cette série de symptômes si peu variables et qui se présentent toujours sur des individus placés près de chevaux morveux ou farcineux, les mémoires publiés par MM. *Schilling*, Travers, *Colemane*, Krieg et *Elliotson* étaient connus de quelques médecins : M. le docteur Rayer était de ce nombre. Il avait lu avec le plus grand intérêt le travail si remarquable d'*Elliotson*, lorsque, au mois de février 1837, le hasard amena à l'hôpital de la Charité un palefrenier atteint de symptômes typhoïdes, d'abcès sous-cutanés, d'une éruption pustuleuse et *gangréneuse* à la peau, d'une éruption pustuleuse dans les fosses nasales et le larynx, de petits abcès dans les poumons, enfin de tous les signes que les médecins qui avaient déjà étudié cette maladie attribuaient à la morve farcineuse aiguë.

M. Rayer n'hésita pas à reconnaître, chez l'individu con-

fié à ses soins, une morve aiguë. Les lésions trouvées après la mort ne firent que confirmer son opinion ; et, des renseignements qu'il se procura sur les habitudes de ce palefrenier, il résulta qu'il couchait dans une écurie et à côté d'une jument atteinte de morve farcineuse aiguë. Portée à l'Académie de médecine, cette observation souleva parmi les médecins vétérinaires qui siégent dans cette compagnie une opposition des plus animées, opposition à coup sûr bien redoutable, car elle venait de quelques hommes extrêmement capables et en qui l'Académie est accoutumée à trouver autant de logique dans les idées que de profonde instruction. La lutte n'était pas égale. M. Rayer était seul contre plusieurs ; mais, fort de la conviction qu'il avait puisée dans ses lectures, pénétré de toute l'importance qu'il y avait à éclairer les médecins sur une affection aussi grave, il forma la résolution de rechercher tous les documents épars et qui traitaient de cette matière, de telle sorte qu'en les réunissant en un seul faisceau il en ressortît des corollaires capables de convaincre même les plus incrédules.

L'entreprise était immense, et tout aussitôt M. Rayer s'aperçut que, pour parler avec connaissance de cause de la morve chez l'homme, il fallait commencer par l'étudier sur les chevaux ; mais cette étude première, loin de rendre sa tâche facile, ne fit naître que doute et qu'embarras dans son esprit, tant les traités de médecine vétérinaire, dans lesquels les différentes formes de cette maladie se trouvent décrites, sont contradictoires, et sur l'identité de la nature de la morve aiguë et de la morve chronique, et sur les incertitudes relatives au degré de consanguinité du farcin et de la morve, et sous une foule d'autres points qu'il serait trop long de rapporter ici. M. Rayer prit alors le parti de

faire en quelque sorte table rase. Aidé du zèle et des lumières de M. Leblanc, médecin vétérinaire fort habile, il étudia avec la plus grande attention les symptômes qui se manifestent sur les chevaux atteints de la morve et du farcin ; il fit de nombreuses recherches d'anatomie pathologique, et il acquit bientôt la preuve que le principe morveux se montrait chez les solipèdes sous quatre formes différentes : la morve aiguë, la morve chronique, le farcin aigu et le farcin chronique, et que chaque forme offrait souvent des variétés ou des complications qui naissaient le plus fréquemment de la réunion de la morve avec le farcin ou du farcin avec la morve.

Ce premier point posé, il fallut extraire de tous les recueils de médecine humaine et de médecine vétérinaire toutes les observations de morve transmise du cheval à l'homme, soit par infection, soit par inoculation, et les rattacher rigoureusement aux quatre formes principales trouvées sur l'espèce chevaline. Nous ne craignons pas de dire, nous qui avons approfondi le sujet qui nous occupe en ce moment, que ce fut là un véritable tour de force, et que tout le mérite d'un semblable travail ne devait pas tout d'abord être compris. Aussi, quand le mémoire de M. Rayer parut, il fut considéré par quelques personnes comme un véritable roman, et, loin de tenir compte à son auteur de ses laborieuses et consciencieuses recherches, il fut regardé comme un homme tout-à-fait dans l'erreur ; trop heureux même si sa bonne foi n'était point suspectée. Mais ce travail fut lu et médité par un certain nombre de médecins ; il fit naître de la part de MM. les vétérinaires une discussion dans le sein de l'Académie de médecine, et la contradiction à la fois opiniâtre et habile qu'il rencontra lui donna une sorte de

retentissement qui éveilla l'attention des praticiens ; et bientôt, comme pour récompenser M. Rayer des efforts persévérants qu'il avait faits pour éclairer l'histoire d'une maladie aussi redoutable, se présentèrent des cas analogues à celui qu'il avait observé. M. Breschet, votre rapporteur, MM. Husson, Andral, Jobert, Roux et Laugier observèrent successivement, et toujours sur des palefreniers ou des individus couchant dans des écuries, cette série de symptômes graves, effet incontestable d'un poison morbide. Bien plus, ces différentes observations, dont tant de médecins ont pu être témoins, confirmaient par leurs origines diverses les propositions suivantes : savoir, que le principe morveux est un, qu'il se modifie dans ses formes suivant des circonstances qu'il n'a pas été possible de saisir jusqu'à présent ; que si, le plus souvent, la morve et le farcin sont à l'état aigu ou chronique, souvent aussi l'état aigu succède à l'état chronique ; et, dans ce dernier cas, la maladie marche avec une grande rapidité et se termine promptement par la mort ; qu'ici on a vu une morve aiguë se déclarer chez des individus couchant dans des écuries où séjournaient des chevaux atteints de morve aiguë, et qu'ailleurs, au contraire, une sorte de farcin chronique s'est manifesté sur un homme qui, ayant au doigt une écorchure, continuait le pansement d'un cheval attaqué de morve chronique ; et, après un an de maladie et d'abcès multiples, tous les signes de la morve aiguë se déclaraient, et le malade succombait en quelques jours. Il résulte enfin du rapprochement de tous ces faits, que, bien que le plus fréquemment la morve aiguë se soit montrée chez des hommes qui vivaient au milieu de chevaux atteints de morve aiguë, ou qui s'étaient fait des piqûres, soit en disséquant des animaux ayant succombé à

cette maladie, soit en continuant à leur donner des soins alors qu'ils avaient de légères blessures aux mains, la morve chronique, le farcin aigu et le farcin chronique même, peuvent, soit par infection, soit par inoculation, déterminer une affection analogue, ou à peu près analogue, à celle dont elles sont issues. Mais, chose digne de remarque, chez l'homme ces états pathologiques divers se terminent presque toujours par une morve aiguë. Ajoutons, du reste, que chez le cheval c'est aussi presque constamment par la morve aiguë que finissent toutes les variétés de cette terrible maladie.

Les recherches sur la morve aiguë publiées par MM. Nonat et Bouley viennent corroborer quelques-unes des propositions émises par M. Rayer dans son excellent mémoire; elles jettent surtout de la clarté sur un point encore contesté, celui de la transmission par inoculation du principe morveux de l'homme au cheval. M. Nonat, ayant rencontré dans son service un homme affecté de morve aiguë, a pratiqué, conjointement avec M. Bouley fils, l'inoculation de la matière provenant d'un abcès que son malade portait au-dessus du pariétal droit, et les résultats que ces messieurs ont obtenus établissent de la manière la plus évidente la transmission de la maladie de l'homme au cheval et du cheval aux animaux de même espèce. Les animaux qu'ils ont inoculés ont pu parcourir librement toutes les périodes de la maladie sous les yeux de MM. Renault et Bouley, l'un directeur, et l'autre professeur à l'École d'Alfort. Toutefois, Messieurs, pour bien vous mettre à même de connaître l'intéressant mémoire de MM. Nonat et Bouley, nous allons en faire une analyse rapide.

Le lundi 18 février 1839, M. Nonat reçut, dans le ser-

vice qui lui est confié à l'Hôtel-Dieu, le nommé Batisse jeune, âgé de vingt-un ans, sourd-muet de naissance. A son arrivée, M. Bouley fut frappé de l'aspect particulier qu'il offrait. Il constata une prostration notable des forces, un état fébrile grave avec anxiété, la respiration fréquente; la peau avait une chaleur élevée, la face était injectée; l'œil du côté droit, cerné et presque fermé par le gonflement des paupières tuméfiées, présentait un œdème douloureux avec rougeur peu vive de la peau : cette rougeur occupait la moitié du front du même côté. Plus haut, le cuir chevelu présentait également de l'œdème, et enfin sur le pariétal droit il était facile de constater une fluctuation manifeste dans une étendue considérable avec amincissement de la peau.

Deux autres abcès existaient aussi : l'un vers le tiers inférieur de la cuisse du côté droit, l'autre à la partie moyenne de la jambe gauche. Du reste, le malade avait conservé son intelligence et paraissait comprendre les signes qu'on lui faisait. Cet état particulier, et quelques autres symptômes qu'il serait trop long de rapporter ici, firent soupçonner à MM. Nonat et Bouley la maladie formidable décrite sous le nom de morve aiguë chez l'homme. Le lendemain, des pustules se manifestèrent sur plusieurs parties du corps; le pouls s'élevait à 105 pulsations; une pression légère exercée sur les ailes du nez en exprimait une très-petite quantité de liquide sanguinolent et spumeux. Cette pression était douloureuse; la peau de la racine du nez du côté droit commençait à être rouge. Pendant la nuit du 19 au 20, il y eut du dévoiement, et le malade poussa quelques cris. Le 20 février, l'abattement augmenta et se transforma en cette espèce de somnolence qui précède un coma profond; toutes les parties de la face et du cuir chevelu, dont nous avons déjà

parlé, étaient d'un rouge livide ; d'autres abcès paraissaient sur diverses parties du corps; de nouvelles pustules se montraient successivement sur les bras, sur les jambes et sur la poitrine ; les yeux étaient chassieux ; enfin, la pression sur les ailes du nez en faisait sortir un liquide jaune blanchâtre trouble. Le lendemain, tous les symptômes que nous venons de décrire rapidement augmentèrent d'intensité, et le malade succomba couvert d'une sueur abondante et plongé dans une somnolence profonde.

L'autopsie cadavérique, faite avec beaucoup de soin, et en présence d'un grand nombre de médecins, vint confirmer le diagnostic qui avait été porté par MM. Nonat et Bouley dès l'entrée de Batisse à l'hôpital.

Toutes les lésions pathologiques observées sur les différents individus considérés comme ayant succombé à une morve aiguë se trouvaient réunies chez lui. Le corps était couvert de pustules, affaissées, sans rougeur vers leur base, d'un blanc mat : quelques-unes étaient ulcérées. Les altérations du système lymphatique étaient en rapport avec l'éruption pustuleuse de la peau. Les ganglions qui présentaient les lésions les plus notables étaient les ganglions axillaires et inguinaux.

Indépendamment des abcès considérables dont il a déjà été question, il en existait beaucoup d'autres se présentant sous divers états : les uns offraient l'apparence de collections purulentes diffuses, mais le plus grand nombre rappelait par leur quantité et leur volume les abcès métastatiques.

Les veines de la dure-mère et les cellules du diploë offraient une phlébite remarquable, altération déjà observée pour le sinus longitudinal supérieur dans un cas de morve aiguë.

La pituitaire qui recouvre la cloison des fosses nasales était gonflée et injectée. A droite, vers l'orifice postérieur, on voyait une ulcération grisâtre ; les pustules situées dans les fosses nasales ne font point saillie. L'infiltration purulente qui les constitue affecte la pituitaire à une profondeur telle que sur plusieurs points cette membrane est perforée.

La membrane qui recouvre le plancher des fosses nasales est ramollie, épaissie et recouverte d'un détritus grisâtre ; enfin, le sinus maxillaire est plein d'un mucus jaunâtre, visqueux. Les deux poumons sont unis aux plèvres dans presque toute leur étendue par des adhérences cellulaires ; les bronches sont rouges et injectées. Sur la surface des poumons on remarque un certain nombre d'ecchymoses sans suppuration ; il existe aussi des abcès profonds dans le tissu pulmonaire même : ils se présentent sous la forme d'hémorrhagies ou d'apoplexies pulmonaires circonscrites, renfermant au centre une infiltration purulente, concrète, à contour peu régulier. Les plus fortes ont le volume d'une grosse noix ; les plus petites, celui d'une noisette.

Ces différentes altérations que nous venons de rapporter bien sommairement, et en nous attachant à signaler seulement celles que nous regardons comme caractéristiques de la morve aiguë, sont énumérées dans le plus grand détail par MM. Nonat et Bouley, et toute cette partie si importante de leur mémoire est présentée avec une concision remarquable, qui pourtant n'empêche point l'exactitude.

Après avoir tracé l'histoire de la maladie de Batisse et après avoir fait l'examen des altérations cadavériques, ces messieurs font connaître l'espèce d'enquête à laquelle ils se sont livrés pour apprécier dans quelle condition l'individu qui fait le sujet de leur observation se trouvait placé au mo-

ment où il tomba malade. De cette enquête, il résulte que depuis six semaines Batisse couchait dans une écurie où se trouvait un cheval atteint de morve chronique légère ; que quelques mois auparavant un cheval attaqué de morve aiguë avait habité cette écurie, et qu'enfin trois chevaux, sur le compte desquels il a été impossible de se procurer les renseignements nécessaires, et cela à cause du mauvais vouloir de leur propriétaire, ont été livrés à l'équarrisseur peu de temps avant que Batisse présentât les symptômes de l'affection qui l'a fait périr. Quelle était la situation de ces chevaux ? C'est ce qu'on ignore ; mais toujours est-il que dans cette écurie se trouvait à l'endroit même où couchait cet homme un cheval atteint de morve chronique. Aussi, est-ce avec raison que MM. Nonat et Bouley disent, dans leur intéressant travail, que, quels que soient les doutes sur les différences de nature de la morve aiguë et chronique, et l'extrême difficulté qu'il y a à comprendre la transformation d'une maladie toute locale, et qui laisse depuis un temps fort long un animal en bonne santé, en une maladie fébrile sur-aiguë, développée sur l'homme en y déterminant des altérations autres à coup sûr que celles qui existent sur le cheval, il faut cependant admettre qu'aucun argument ne doit prévaloir contre un fait, et que par conséquent chez ce malade il y a eu contagion.

Quoique nous partagions entièrement la manière de voir de MM. Nonat et Bouley, nous noterons ici que, chez l'individu que nous avons observé nous-même, il y avait eu introduction d'une main, à laquelle était une légère blessure, dans les naseaux d'un cheval atteint de morve chronique, et qu'il s'était aussitôt manifesté des accidents graves caractérisés par des abcès multiples qui se terminèrent par une morve aiguë des mieux établies.

Qui sait si Batisse n'avait point pansé le cheval morveux et s'il ne s'était point inoculé le principe de la morve? C'est une supposition qui peut être faite.

Toutefois, MM. Nonat et Bouley, voulant arriver à la connaissance de la vérité, ont cru devoir signaler des faits qui établissent qu'une mauvaise nourriture est une des causes déterminantes de la morve aiguë ou *gangréneuse*. Ils citent à l'appui de cette assertion des observations rapportées par M. Bouley père, médecin vétérinaire fort distingué, lesquelles observations ne laissent aucun doute sur les effets nuisibles d'une mauvaise alimentation. Examinant ensuite la manière dont Batisse se nourrissait, ils trouvent que sa nourriture était assez souvent insuffisante et de mauvaise qualité. Néanmoins, ils ne parlent de cette circonstance que pour aller au-devant d'une objection, et ne lui accordent pas une valeur de quelque importance.

Le mémoire de MM. Nonat et Bouley est terminé par les expériences qui ont été faites avec du pus provenant d'un des abcès de Batisse, pus qui a été inoculé à la marge de l'ouverture nasale sur deux chevaux. Chez l'un, la morve aiguë s'est déclarée promptement, et l'animal a succombé au bout de dix-huit jours pendant lesquels il a successivement présenté tous les symptômes de cette maladie; et à l'ouverture cadavérique, les altérations étaient, et par leur siége, sur les poumons, la rate et les fosses nasales surtout, et par leur nature, semblables à celles qui se remarquent sur les chevaux qui succombent à la morve aiguë développée spontanément ou par inoculation de cheval à cheval.

Le second animal sur lequel l'inoculation fut pratiquée était une jument hors d'âge : elle a succombé après vingt-huit jours de maladie et après avoir offert quelques-uns des

signes caractéristiques de la morve aiguë. Toutefois, ce cheval étant mort subitement par suite de la rupture de l'aorte, on ne saurait considérer cette expérience comme tout-à-fait probante. On doit cependant croire que sans cet accident l'état aigu se serait bien certainement manifesté. Déjà une nouvelle éruption de pustules et d'abcès farcineux se montrait au moment de la rupture de l'aorte, et à l'ouverture cadavérique on constata dans les poumons des abcès dits métastatiques; il est donc évident que ce cheval était encore dans la période des accidents locaux qui suivent l'inoculation.

Enfin, pour compléter la série d'épreuves nécessaires à l'appui des conclusions qu'ils voulaient tirer des faits soumis à leur observation, MM. Nonat et Bouley se sont livrés à deux dernières expériences : ils ont inoculé à un cheval la matière sanieuse qui s'écoulait des fosses nasales à l'animal qui avait été lui-même inoculé avec le pus provenant de Batisse, et ce cheval a succombé rapidement à une morve aiguë des plus violentes.

Dans l'autre épreuve, on a inoculé à un petit cheval poussif, mais vigoureux et mangeant bien, du pus recueilli à l'ouverture d'une tumeur qui s'était manifestée chez un malade atteint d'une fièvre purulente. Cette inoculation pratiquée aux deux lèvres de chaque narine, à la marge de l'anus et à la face interne de chaque cuisse, ne produisit aucun effet remarquable. Cependant, un mois environ après cet essai qui, comme on vient de le voir, n'amena point de résultat, le même animal fut inoculé avec le pus de la morve aiguë pris sur un autre cheval, et il succomba en cinq jours après avoir présenté tous les symptômes de cette maladie.

En résumé, le mémoire de MM. Nonat et Bouley est un travail d'autant plus intéressant que, d'une part, il apporte aux faits déjà dans le domaine de la science un fait de plus en faveur de la contagion du principe morveux du cheval à l'homme, et que, d'autre part, il établit, mieux qu'on ne l'avait démontré jusqu'à présent, la transmission par inoculation du même principe de l'homme au cheval et ensuite du cheval aux animaux de même espèce.

Rédigées avec clarté et précision, cette observation, les expériences qui l'accompagnent et les considérations qui en découlent, sont des matériaux qui trouveront un jour leur place dans la description d'une maladie qui appartient désormais à la nosographie médicale.

En terminant ce rapport, dont la Société voudra bien nous pardonner la longueur à cause de l'importance du sujet qu'il traite, nous exprimerons le désir qu'une main habile s'empare de l'ensemble des documents que la science possède, afin de tracer l'histoire générale de la transmission du principe morveux chez l'homme. Ce soin sera d'autant plus facile que cette histoire existe déjà en grande partie dans le travail si remarquable de M. Rayer; mais ce médecin n'a pas pu tout voir, tout embrasser, quelle qu'ait été sa perspicacité à saisir les différents aspects d'une question aussi vaste. Il reste encore à mieux étudier les diverses formes de morve sur les chevaux et le plus ou moins d'efficacité des moyens qu'on leur oppose. Il reste surtout, quand cette affection dangereuse se montre sur l'homme, soit par contagion, soit par inoculation, à faire des essais thérapeutiques, ceux qui ont été tentés jusqu'à présent n'ayant point réussi. C'est là sans doute une grande entreprise; mais, faite avec un bon esprit d'observation, elle aura pour résultat

d'éclairer les médecins sur une des plus redoutables maladies qui puissent affliger l'espèce humaine.

RÉTRÉCISSEMENTS URÉTRAUX;

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES SUR LES DIFFÉRENTS MODES DE TRAITEMENT DU Dr GUILLON;

PAR M. CORBEL LAGNEAU, D.-M.-P.

Beaucoup de praticiens sont actuellement convaincus de l'insuffisance de la cautérisation avec le nitrate d'argent pour guérir le rétrécissement de l'urètre, dans un grand nombre de cas. Je citerai particulièrement MM. Cullerier et Lagneau, qui, par leur spécialité, ont été plus que tout autre à même d'apprécier les mauvais effets de ce genre de traitement. Des chirurgiens qui, il y a peu d'années encore, préconisaient exclusivement la cautérisation urétrale, l'ont abandonnée pour revenir à la dilatation qu'ils préconisent de même, comme si la dilatation guérissait mieux aujourd'hui qu'autrefois, et n'était plus ce qu'elle était jadis, suivant l'expression d'un auteur moderne, « *un simple moyen palliatif, quelles que soient la nature et la forme du corps dilatant que l'on met en usage pour l'opérer.* » Les méthodes que M. Guillon a introduites dans la thérapeutique des maladies de l'urètre sont, à mon avis, entre des mains habiles, les meilleurs moyens curatifs que nous possédions. Un grand nombre de succès obtenus dans des cas où les moyens usi-

tés, bien qu'employés par des hommes d'une habileté reconnue, avaient complètement échoué, les ont fait adopter depuis long-temps par les deux praticiens que je viens de citer. Beaucoup de malades, en outre, que le docteur Guillon a guéris et que ces médecins ont eu occasion de revoir, après plusieurs années de guérison, leur ont démontré que le traitement dont je veux essayer de prouver l'efficacité doit être rarement suivi de récidive; car, jusqu'à présent, ils n'en ont point encore observé. Pour donner une idée de ces méthodes, j'emprunterai les passages suivants au compte-rendu des travaux de la Société de Médecine pratique pendant les années 1831 et 1832, publié par M. le docteur Serrurier. Je rapporterai ensuite quelques observations de guérison dont j'ai été témoin, et je tâcherai d'en tirer quelques conclusions favorables à mon sujet.

« Nous devons à notre confrère, le docteur Guillon, dit M. Serrurier, plusieurs moyens thérapeutiques qu'il a ajoutés à ceux déjà préconisés. Ces nouveaux modes de traitement et les heureuses modifications qu'il a fait subir à ceux qu'on employait avant lui triomphent des obstacles qui s'opposent à l'émission des urines, en détruisant ces coarctations urétrales qui rendent cette fonction si pénible et si douloureuse. »

Il met en usage, dans sa pratique, les cinq modes ci-après :

1° *La dilatation* ou *la compression excentrique* qui est la plus ancienne de toutes, et qui ordinairement n'est que palliative;

2° La cautérisation, qu'il distingue en cautérisation avec des agents *à l'état solide* et en cautérisation avec des agents

à l'état liquide. Ce dernier procédé, à l'aide duquel on agit avec plus de précision sur les parties malades, lui appartient en propre; et les substances qu'il emploie sont une dissolution de nitrate acide de mercure ou de nitrate d'argent plus ou moins concentré, suivant l'indication.

3° La *lacération*, la *scarification*, la *comminution*, l'*incision des rétrécissements*, opération qui consiste à diviser les parties plus ou moins avec divers instruments inventés à cet effet, tels que l'espèce de lancette à gaîne de Dorner et de M. Physik; le bistouri caché de M. Aschmead; le mandrin armé de crêtes tranchantes de MM. Dzondi et Amussat, ainsi que le stylet tranchant et caché, substitué par ce dernier au précédent sous le nom de scarificateur, et l'urétrotôme à lames concentriques de M. Guillon. Cet urétrotôme a l'avantage de diviser d'avant en arrière et de dehors en dedans, les rétrécissements annulaires ou semi-lunaires, tandis qu'avec les autres instruments l'incision ne peut se faire que de dedans en dehors.

4° L'*excision excentrique* que notre confrère pratique avec les instruments qu'il a inventés et qui sont décrits, ci-après, sous les noms de sarcotômes;

5° Les mouchetures urétrales ou saignées locales, au moyen desquelles on pratique un dégorgement plus ou moins considérable et qui consistent en des incisions légères, dont le nombre varie suivant les cas et le dégorgement qu'on veut obtenir. C'est à notre confrère que nous devons l'introduction de ces deux dernières méthodes dans la thérapeutique des maladies de l'urètre.

« Si l'excision concentrique ou l'excision de dehors en dedans rencontre encore des partisans, tels que M. Arnolt, en Angleterre, M. Jamieson, en Amérique, etc., on doit

penser avec M. Guillon qu'elle n'en retrouvera plus aujourd'hui en France. »

On a oublié de mentionner, dans ce compte rendu, un sixième mode de traitement que M. Guillon emploie déjà depuis long-temps, qui est *l'arrachement.* Il le pratique à l'aide de sondes droites ou courbes, présentant à leur extrémité de larges fenêtres. Lorsque les carnosités s'y sont engagées, il introduit d'habitude, dans ces espèces de sonde, un mandrin propre à les fixer. Il a, dans plusieurs cas, extrait des excroissances développées plus ou moins profondément dans l'urètre, et entre autres, chez un marchand de musique de Paris, trois hydatides qui ont été examinées par un assez grand nombre de médecins et dont l'histoire sera publiée par lui plus tard.

La Société, ajoute le rédacteur du compte rendu, a pris une part non moins active à la description des différents instruments inventés et mis en usage par notre collègue, pour faire disparaître les rétrécissements dont la guérison n'a jamais lieu spontanément, et qui, tôt ou tard, amènent des rétentions d'urine plus ou moins graves.

« *Instruments explorateurs.* Ce sont : 1° des bougies creuses à parois très-extensibles, élastiques, dont la trame est à nu ou en caoutchouc, enduites d'une couche de cire à modeler, dans une plus ou moins grande étendue, qu'on introduit sous un petit volume après avoir préalablement dilaté le canal, et dont on augmente ensuite le diamètre au moyen d'un liquide qu'on y injecte avec une espèce de seringue en caoutchouc : les bougies exploratrices rapportent l'empreinte exacte du rétrécissement. 2° Des explorateurs de différentes dimensions à tiges très-flexibles, élastiques et graduées, dont l'extrémité vésicale se termine par un renfle-

ment en virgule, à bords saillants ou rebords mamelonnés, et dont l'autre extrémité a la forme d'une feuille de myrte.

« *Porte-caustiques*. Le premier est une espèce de sonde élastique de neuf pouces et demi de longueur, graduée sur deux côtés, dont le pavillon est évasé en entonnoir, et dont l'autre extrémité arrondie présente latéralement une ouverture ovale qui occupe le tiers de sa circonférence. Une tige flexible, qui offre un anneau à l'une de ses extrémités, et dont l'autre est garnie d'une éponge fine, sert à porter le cathérétique sur la partie malade. Le second est un porte-caustique en argent du même genre, pourvu d'une sorte d'embout flexible qui en facilite l'introduction, et dont la fenêtre est agrandie ou rapetissée à volonté, au moyen d'une pièce à coulisse placée dans l'intérieur de l'instrument et fixée à son pavillon.

A l'aide d'autres porte-caustiques, gradués également, de forme droite et courbe, qu'il a présentés, on peut agir en même temps sur toute la circonférence du canal de l'urètre, dans une étendue et avec une force plus ou moins grande, suivant l'indication. Pour s'en tracer une idée, il suffit de savoir qu'ils se composent : 1° d'un tube conducteur, présentant des divisions par pouces et lignes ; 2° d'une tige centrale, avec une sorte d'embout qui ferme l'extrémité vésicale de celui-ci, facilite son introduction et sert à borner l'action du caustique ; 3° d'un second tube mobile sur cette tige, auquel est assujettie une petite éponge, ou une espèce de pinceau qu'on imbibe du caustique liquide dont on fait usage.

C'était remplir toutes les indications voulues que de pouvoir, dans le premier cas, isoler les parties du canal sur lesquelles on veut agir et préserver les parties environnantes de

toute atteinte de la part du caustique liquide; et, dans le second cas, de porter sans nul inconvénient, sur les parties malades, un caustique dont l'application rationnellement et immédiatement faite a couronné de succès les essais tentés par notre confrère dans un grand nombre de circonstances. »

« *Sarcotômes*. Ce sont des espèces de sondes droites et courbes, présentant de longues fenêtres à bords tranchants, dans lesquels on introduit des mandrins appropriés et dont il se sert pour exciser les excroissances et les cloisons qui peuvent exister dans le canal excréteur de l'urine. Nous pouvons fournir un exemple d'une tentative dont le succès a répondu complètement à l'attente de l'opérateur. »

Le docteur Guillon rencontra, chez un malade (nommé Baron, tailleur), une affection particulière qui se distinguait par une cloison qui séparait l'urètre en deux parties égales. Cette cloison était le résultat d'une fausse route faite par une sonde armée, et qui avait été convertie ensuite par le cathétérisme en un second canal s'étendant de six pouces à six pouces et demi du méat. L'urine passant ainsi par ces deux canaux formait un petit jet bifurqué habituellement. Le malade urinait quatre ou cinq fois pendant la nuit, et sept ou huit fois pendant le jour.

Cette affection ne pouvant être détruite par la cautérisation, notre collègue, pour exciser cette cloison, inventa un instrument qu'il nomme sarcotôme. Il consiste en deux canules en acier, qui sont reçues l'une dans l'autre : la première, de neuf pouces de long, un peu arrondie à son extrémité vésicale, présente une fenêtre d'un pouce de longueur, et qui occupe la moitié de la circonférence; la deuxième, de douze pouces de longueur, offre, à l'une de ses extrémités, une fenêtre pareille à celle de la canule externe, et y correspond

lorsqu'elles sont l'une dans l'autre. Elles se meuvent comme ces espèces de niches mobiles dans lesquelles on renferme de petites statues d'ivoire. L'autre extrémité de la canule intérieure se termine par une espèce de lame à pointe mousse, concave en dedans et convexe en dehors; ses bords, ainsi que ceux des fenêtres, sont tranchants comme les lames d'une paire de ciseaux et agissent de même.

Après avoir introduit la canule extérieure dans l'urètre, à l'aide d'un conducteur, jusqu'à ce que la cloison fût engagée dans la fenêtre, il porta dans la première pièce du sarcotôme la canule intérieure, en engageant la lame qui la termine entre la cloison et les parois de l'urètre; puis, faisant agir ces deux tubes en sens inverse, il coupa un des côtés de la cloison. Il dirigea ensuite cette espèce de lame tranchante dans le sens opposé, et la cloison devenue flottante fut excisée et ramenée dans l'instrument. Elle avait quatre à cinq lignes de hauteur, environ deux de largeur et près d'une d'épaisseur. Cette opération a été pratiquée en 1830, et depuis cette époque la santé du malade ne s'est pas démentie. Des bougies de quatre lignes pénètrent aisément dans la vessie (1).

---

(1) A la suite d'excès en tous genres pendant le carnaval de 1837, Baron fut atteint d'une gastro-entérite aiguë, avec inflammation du col de la vessie et rétention d'urine.

Après avoir combattu cette triple affection par les émissions sanguines, les boissons adoucissantes, etc., et l'introduction d'une sonde volumineuse dans la vessie, le malade semble entrer en convalescence au bout de quelques jours. Mais une indigestion ramena de nouveau ces accidents et le força à entrer à la maison de santé du faubourg St-Denis. L'élève de garde, reconnaissant une distension du réservoir de l'urine, voulut le sonder. Le bec de la sonde d'ar-

« *Urétrotôme.* Pour faire disparaître l'inflammation chronique de quelques points du canal, celle des glandes de Cowper, de la prostate, et dans certaines coarctations qui rendent l'émission de l'urine plus ou moins difficile, M. Guillon emploie plusieurs urétrotômes qu'il a également montrés et avec lesquels il pratique des mouchetures ou des incisions plus ou moins nombreuses et plus ou moins profondes dans l'urètre, suivant les cas. »

L'auteur du compte-rendu s'arrête là : mais pour compléter cette lacune, je vais donner la description de ces urétrotômes, extraite de la *Gazette des hôpitaux* du 21 mai 1831 :

« Ces instruments consistent en des espèces de sondes, desquelles des lames tranchantes sortent plus ou moins, d'après la volonté de l'opérateur, et au moyen desquelles on pratique, dans l'urètre, des incisions plus ou moins profondes.

---

gent dont il se servit s'engagea dans une fausse route ancienne, et il en résulta une émission sanguine assez considérable, sans que l'instrument pût pénétrer dans la vessie. Le soir, le cathétérisme fut pratiqué de nouveau, et une grande quantité d'urine mêlée de sang sortit par la sonde.

Dans la nuit, le malade éprouva une fièvre violente et du délire. Le lendemain, M. Guillon le vit et le trouva dans un état désespéré : il introduisit dans la vessie, avec une grande facilité, et sans qu'elle fût pourvue de mandrin, une sonde élastique d'environ trois lignes de diamètre. Il en sortit une grande quantité d'urine non mêlée de sang. Baron ayant succombé quelques jours plus tard, l'autopsie, pratiquée en présence de M. Hervey de Chégouin, fit reconnaître trois fausses routes, dont l'une, ancienne, avait été prolongée jusqu'au bas-fond de la vessie, à côté de l'embouchure de l'uretère gauche. L'instrument, en suivant la direction de l'urètre, avait traversé la prostate à sa partie moyenne. M. Guillon conserve cette pièce dans son cabinet. Le cerveau et le cervelet, fortement injectés, indiquaient que ce malade avait succombé à une encéphalite.

Il en a de droits, de courbes et de flexibles ; les lames sont placées sur un côté seulement ou sur toute la circonférence de l'instrument, etc... »

M. Guillon emploie encore des bougies élastiques très-flexibles pour dilater l'urètre ; les unes sont de forme conique à leur extrémité et se terminent par un renflement olivaire ; les autres sont à ventre et aussi flexibles au lieu du renflement que dans le reste de leur étendue. Il se sert également d'autres bougies en baleine à renflements multiples, de son invention, dont l'extrémité filiforme se termine en olive et au moyen desquelles ce chirurgien espère toujours éviter le cathétérisme forcé.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Cautérisation. — Guérison momentanée. — Récidive. — Nouvelle cautérisation. — Récidive. — Guérison définitive par les mouchetures de M. Guillon.

Un de mes amis et compatriotes, M. H...., âgé de vingt-sept ans, vint à Paris vers le 15 novembre 1836, pour se faire opérer par le docteur Guillon d'un rétrécissement survenu en 1830.

A cette époque, il gagna une blennorrhagie intense qui fut mal soignée et pour laquelle des injections de nature diverse furent employées. Deux ou trois mois après, il éprouva une rétention d'urine presque complète, qu'il attribua à l'abus de ces injections. Une année entière se passa dans cet état. En 1832, il vint à Paris pour étudier, et se mit entre les mains de M. Ricord, qui, après avoir reconnu un rétrécissement à un pouce et demi du canal, le cautérisa deux ou trois fois et y laissa, pendant quinze jours, des sondes à

demeure. Au bout de ce temps, M. Ricord, jugeant la dilatation suffisante, suspendit le traitement et déclara la guérison complète. Un mois était à peine écoulé, que notre malade commença à ressentir au fond du canal une douleur aiguë toutes les fois qu'il urinait, et vit le rétrécissement revenir peu à peu dans l'état où M. Ricord l'avait trouvé. Cet état dura jusqu'en juillet 1834, époque à laquelle il contracta une nouvelle blennorrhagie, qui lui occasionna les plus vives souffrances. Il habitait alors Châlons-sur-Saône, et reçut les soins du docteur Chaverin, qui, après l'avoir sondé, reconnut à un pouce et demi le même rétrécissement que M. Ricord avait déclaré guéri, et à trois, quatre et cinq pouces, plusieurs autres rétrécissements qui avaient été comprimés par les bougies, et avaient reparu du moment où cette compression cessa de s'exercer. M. Chaverin, à l'exemple de M. Ricord, cautérisa plus de vingt fois le canal, et ne réussit qu'à arrêter l'écoulement et à faciliter momentanément le passage de l'urine ; mais la douleur ne céda pas : elle devint au contraire chaque jour plus vive en urinant, et il fut bientôt impossible d'introduire une sonde d'un calibre ordinaire, tellement, au dire du malade, le canal avait été durci par la cautérisation.

Voyant qu'enfin tous les efforts étaient inutiles, il suspendit traitement et régime depuis le commencement de 1835 jusqu'au mois de novembre 1836. Le 15 du même mois, il se mit entre les mains de M. Guillon, qui explora aussitôt le canal, et reconnut plusieurs rétrécissements circulaires qui n'en formaient plus qu'un seul, s'étendant depuis un pouce et quart jusqu'à cinq et quart, c'est-à-dire ayant quatre pouces de longueur.

Le 15 et le 16, dilatation du canal pendant un quart d'heure.

Le 17, première opération, après laquelle M. Guillon put introduire avec facilité une de ses bougies coniques et à ventre de 12 lignes de circonférence à l'endroit qui devait s'arrêter dans le rétrécissement, et la laissa cinq minutes pour ne pas fatiguer son malade.

Le 18, douleurs vives en urinant, écoulement abondant de sang et de mucosités. Diète, boissons délayantes, bains.

Les jours suivants, dilatation progressive qui dure chaque jour un quart d'heure, qu'on suspend par intervalle à cause de la douleur et de l'écoulement urétral qui est assez fort.

Le 29 novembre, seconde opération semblable à la première, qui détruit le reste des obstacles.

Les jours suivants, dilatation.

Le 3 décembre, il quitte Paris, pouvant introduire des bougies de quatre lignes de diamètre avec la plus grande facilité. Ses affaires le rappelant chez lui, il y termine son traitement lui-même en se passant, tous les deux jours, pendant deux semaines, une bougie métallique de quatre lignes. A son départ de Paris, il n'avait plus ni douleur ni rétrécissement; il ne lui restait qu'un léger suintement qui ne tarda pas à disparaître.

Aujourd'hui, M. H., avec qui j'entretiens une correspondance amicale, n'a pas eu de rechute et se porte parfaitement. Depuis un an il est marié, et il est père depuis quelques mois.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Rétrécissement traité sans succès par les bougies. — Guérison par les mouchetures.

(Observation recueillie aux Néothermes.)

M. B., âgé de vingt-sept ans, d'une complexion délicate, attaché à une maison de commerce de Montevideo, a contracté, il y a quelques années, une urétrite aiguë qui céda à l'emploi des moyens ordinaires, et qui fut suivie d'un rétrécissement dans le canal contre lequel il avait vainement lutté en introduisant de temps en temps des bougies. Reconnaissant très-bien lui-même l'inutilité, sous le rapport curatif, du traitement par la dilatation, et désirant être guéri de cette maladie, il me pria de lui indiquer un chirurgien habile en qui il pouvait placer sa confiance. Je lui parlai de M. Guillon, qu'il fit appeler aussitôt (c'était vers la fin de janvier 1837). Celui-ci reconnut, au moyen d'un de ses explorateurs, instruments qui lui sont particuliers, un rétrécissement de quinze lignes d'étendue et de forme circulaire à quatre pouces du méat, et un second occupant seulement la paroi supérieure de l'urètre ayant cinq lignes de longueur. Pendant une semaine, M. Guillon dilate progressivement le canal jusqu'au degré nécessaire à l'introduction de son urétrotôme; puis il fait des mouchetures sur les coarctations comme chez le malade qui fait le sujet de l'observation précédente. Après cette opération rapidement exécutée, M. Guillon introduit sans difficulté une bougie de douze lignes de circonférence qu'il ne laisse dans le canal que cinq minutes, afin de ne pas l'enflammer trop vivement.

Le lendemain, douleur aiguë en urinant, écoulement de sang et de mucosités. Bain, diète, boissons délayantes.

Au sortir du bain, dans lequel il avait pris un potage assez copieux, le malade se refroidit et fut pris d'un accès de fièvre qui dura deux jours et se termina par une transpiration des plus abondantes. La fièvre passée, l'opérateur introduit une bougie volumineuse pour empêcher les mouchetures de se cicatriser et afin de les faire saigner, se proposant d'opérer, par ce moyen, un dégorgement local plus complet.

Tous les jours ou tous les deux jours, suivant l'état de susceptibilité nerveuse du malade, M. Guillon introduit des bougies de plus en plus volumineuses, et s'arrête à une bougie de quatorze lignes et demie de circonférence.

Pour calmer les douleurs provoquées par le passage de l'urine sur les mouchetures, M. Guillon prescrivait de copieuses libations de tisane mucilagineuse, des lavements et des frictions au périnée avec le mélange suivant :

℞	Laudanum de Rousseau. . . .	℥ i.
	Extrait de belladone.	ʒ *ss*.

Seize jours après l'opération, le jet de l'urine ne se divise plus et ne sort plus en spirale : il est plein, gros et fort, et atteste ainsi, de la manière la plus convaincante, que tous les obstacles à son passage ont été vaincus.

Vingt-deux jours après l'opération, guérison complète. M. Guillon conseille à ce malade d'emporter dans ses voyages des bougies métalliques de douze lignes et demie pour empêcher le retrait de la portion de la membrane muqueuse dilatée par l'opération. Il en recommande l'introduction une fois par semaine pendant deux ou trois mois.

J'ai revu ce malade une année après son traitement; il jouissait d'une santé excellente et sa guérison était parfaitement consolidée.

TROISIÈME OBSERVATION.

Rétrécissements dans divers points du canal, à la suite de plusieurs blennorrhagies. — Guérison par les mouchetures.

M. P., ex-sous-officier de dragons, âgé de vingt-six ans, d'une forte constitution, avait eu plusieurs blennorrhagies : une dernière avait laissé un suintement intarissable pour lequel il vint me consulter. Les moyens ordinaires avaient été employés sans succès. L'idée qu'un rétrécissement pouvait bien entretenir cet état de choses me vint à l'esprit, et je fis aussitôt à ce malade des questions auxquelles il répondit de manière à augmenter mes soupçons sur ce point. L'introduction d'une sonde me confirma bientôt dans ce diagnostic. J'adressai ce malade à M. Guillon, qui reconnut un rétrécissement de deux pouces et demi à trois pouces, un autre de quatre pouces et quart à cinq pouces, un troisième au méat. Ce malade offrait, en outre, un hypospadias sous le gland. Pendant environ une semaine, la dilatation fut exercée au moyen de bougies introduites, chaque jour, durant un quart d'heure ou vingt minutes; puis, les mouchetures furent pratiquées, à deux reprises, sur les points rétrécis. Un dégorgement s'opéra sous l'influence de cette saignée locale en même temps que le canal se dilatait avec toute la facilité possible en continuant l'usage de bougies très-volumineuses.

Ce traitement, qui dura six semaines, fit disparaître les rétrécissements et le suintement pour lequel il était venu



me consulter. Le méat a été incisé de chaque côté par l'opérateur et rendu à ses limites naturelles. Le malade, dès ce moment, peut lancer son urine avec plus de force, de plénitude, et dans une direction plus horizontale.

Quelque temps après sa guérison, qui date de treize mois, ce malade s'est marié. Je le rencontre de temps en temps, et chaque fois il m'assure que sa guérison est parfaitement consolidée.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Trois fausses routes. — Cautérisation. — Dilatation momentanée suivie d'amélioration. — Excursions fatigantes. — Rétention d'urine. — Mort. — Autopsie.

Le père de M. B., juge d'instruction du tribunal civil de Mortagne, âgé de soixante-trois ans, avait eu dans sa jeunesse plusieurs urétrites qui furent traitées par les injections astringentes. La dernière qu'il contracta, en pays étranger, ne céda qu'à des injections très-stimulantes qui lui furent conseillées par un nègre. Depuis lors, il vit diminuer progressivement le volume du jet de l'urine, et peu de temps après il éprouva une rétention qui nécessita le cathétérisme. Pendant plusieurs années, l'émission de l'urine fut difficile, et une nouvelle ischurie le força encore à se faire sonder. Cette opération provoqua la sortie d'une assez bonne quantité de sang, ce qui fit croire que le bec de la sonde s'était engagé dans les parois de l'urètre et avait pratiqué une fausse route. L'inflammation qui en résulta nécessita un traitement antiphlogistique assez actif. Au bout d'une quinzaine de jours, on fut obligé de le sonder de nouveau, et cette fois, comme la précédente, la sonde ne pénétra pas dans la vessie. Une

application de sangsues à l'hypogastre et au périnée, des bains de siége furent mis en usage pour calmer les accidents inflammatoires qui s'étaient développés. Plus tard, on essaya de dilater l'urètre à l'aide de bougies élastiques, mais aucune ne put franchir le rétrécissement. La cautérisation fut aussi employée, mais sans plus de succès.

Depuis plusieurs années, M. B. père éprouvait une dysurie habituelle; il ne vidait qu'incomplètement sa vessie, lorsqu'il vint trouver, le 15 novembre 1837, M. Guillon, qui avait traité son fils avec succès pour un cas analogue, mais moins grave.

L'urine ne sortait que par un jet très-mince et le plus souvent goutte à goutte. Après avoir péniblement satisfait au besoin d'uriner, une certaine quantité de liquide, arrêtée entre le rétrécissement et le col de la vessie, venait chaque fois mouiller ses vêtements. Une bougie filiforme en baleine put être introduite, mais avec assez de peine, jusque dans la vessie : plusieurs jours s'écoulèrent sans que cette introduction pût être renouvelée.

Enfin, du 20 au 30, deux autres bougies plus volumineuses franchirent les coarctations dont l'urètre était le siége. L'exploration avec un porte-empreinte fit reconnaître à M. Guillon deux fausses routes au-devant d'un rétrécissement situé à quatre pouces trois quarts de profondeur : l'une était en haut et la deuxième en bas. La dernière, qui était la plus longue, avait environ quinze lignes de profondeur. Le rétrécissement qui avait été cautérisé plusieurs fois offrait une grande résistance. Après l'avoir franchi au moyen d'un conducteur dont la pointe était filiforme et très-flexible, M. Guillon fit arriver à l'aide de celui-ci deux petites sondes jusque dans la vessie qui ne séjournèrent qu'une

demi-heure environ chaque fois. L'émission de l'urine étant devenue plus facile, M. B., forcé de retourner chez lui le 18 décembre, se décida, malgré les instances de M. Guillon, à suspendre son traitement; mais il se proposa de continuer lui-même de dilater progressivement le canal, de revenir le plus tôt possible achever sa guérison, et de se débarrasser d'un petit calcul que M. Guillon avait cru reconnaître la veille derrière le rétrécissement.

Quinze jours après, M. B. lui écrivit : « M. le docteur, » mon aqueduc est toujours obstrué : la pierre est là qui » voyage de quatre à six pouces. Cependant le cours d'eau » va son petit train. Il y a plus de largeur dans le canal et » moins de difficulté. J'applique de deux jours en deux » jours les instruments convenables, mais j'y vais douce- » ment pour ne pas endommager l'aqueduc. » Il termine en remerciant M. Guillon de ses bons soins, en lui exprimant la plus vive reconnaissance, et en lui annonçant qu'il part le lendemain pour la chasse aux voleurs.

Depuis lors, M. Guillon cessa de recevoir de ses nouvelles. Il apprit, par moi, que, pendant une excursion fatigante, nécessitée par ses fonctions de juge d'instruction, M. B. avait éprouvé une rétention d'urine fort grave, et pour laquelle le cathétérisme forcé avait été pratiqué. Cette opération, comme on pouvait le prévoir, offrait de grandes difficultés, et devait faire craindre qu'une de ces fausses routes ne fût prolongée jusque dans la vessie. C'est, en effet, ce qu'a démontré l'autopsie, d'après le rapport qui m'a été fait, ainsi qu'à M. Guillon, par le fils de M. B.

Cette observation est une nouvelle preuve des dangers du cathétérisme forcé, surtout lorsque l'urètre est le siége de fausses routes.

En effet, comment reconnaître si on suit la bonne ou la mauvaise voie en employant la violence aussi aveuglément? Si M. B. n'eût pas quitté Paris, M. Guillon eût continué de dilater progressivement le canal au moyen de ses sondes à conducteur avec lesquelles on évite toujours les fausses routes, la bougie conductrice préalablement introduite servant à diriger la sonde jusque dans la vessie. La dilatation étant suffisante, après avoir reconnu la nature des rétrécissements, il les eût détruits par un traitement approprié.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Prostatite chronique. — Cautérisation. — Récidive. — Guérison définitive par les mouchetures.

(Observation recueillie aux Néothermes.)

M. Bl., âgé de vingt-huit ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, quoique doué d'une constitution médiocrement forte, conserva, à la suite d'une inflammation très-vive du canal qui s'étendit à la prostate, un rétrécissement et un reste d'irritation dans cette glande, source, pour lui, d'un malaise et d'un ténesme constant, indépendamment d'accès fébriles peu intenses qu'il éprouvait quelquefois pendant le jour et souvent durant la nuit. Il avait eu, deux ans auparavant, une ischurie complète qui avait nécessité le cathétérisme. Le rétrécissement avait été dilaté et cautérisé plusieurs fois par le docteur Tonnelet, à Tours. Cependant, ce malade n'était pas guéri. Son traitement l'avait mis en état d'uriner, mais le rétrécissement et l'engorgement prostatique chronique n'en existaient pas moins.

M. Guillon, auquel j'adressai ce malade, reconnut un

rétrécissement de quinze lignes de longueur, s'étendant depuis trois pouces et demi du méat jusqu'à quatre pouces trois quarts. La prostate avait un bon tiers en sus de son volume ordinaire. Il débuta par une application de sangsues au périnée, afin de diminuer la susceptibilité du col de la vessie et les douleurs de la prostate. Le soulagement fut instantané. Il dilata progressivement, pendant quelques jours, le canal au moyen de bougies; puis, il fit des mouchetures sur le rétrécissement et *sur la région prostatique*, de manière à dégorger, de ce côté, cette glande en même temps que le rétrécissement par cette saignée locale. La dilatation par les bougies fut continuée tous les jours ou suspendue suivant l'état de susceptibilité du malade. Il termina par des bougies de quatre lignes et demie de diamètre. Le traitement dura un mois, depuis le 15 décembre 1837 jusqu'au 15 janvier 1838; et à dater de cette époque, ce malade se porte parfaitement.

SIXIÈME OBSERVATION.

Cathétérisme forcé. — Fistules urinaires. — Traitement par la dilatation progressive. — Guérison complète.

(Observation recueillie aux Néothermes.)

M. D...., de Soissons, âgé de vingt-neuf ans, d'une santé habituellement bonne, est entré aux Néothermes, le 12 octobre 1837, pour se faire guérir d'un rétrécissement et d'une fistule urinaire par les soins du docteur Forget.

Il avait eu, à dix-huit ans, une blennorrhagie qui dura quinze mois, et qui finit par céder au copahu et aux injections; à vingt ans, blennorrhagie et chancre qui détruisit le

frein ; guérison au bout de deux mois. Il conserve, cependant, un suintement opiniâtre dont il cherche à se débarrasser par les injections avec le sulfate de zinc. Après trois mois d'un pareil traitement, un rétrécissement parut et se développa au point que le moindre excès lui occasionnait une rétention complète d'urine qui réclamait impérieusement le secours de la sonde. Ce phénomène se présenta quatre ou cinq fois. Un jour, des douleurs très-vives se déclarèrent au périnée, à la suite d'un repas copieux ; il entra au Val-de-Grâce, où on lui appliqua des sangsues qui le soulagèrent. Par la même occasion, M. Broussais, voulant le guérir de son rétrécissement, se servit d'une grosse sonde de Mayor qu'il ne put introduire complètement et avec laquelle il déchira le canal de l'urètre; car aussitôt un écoulement de sang par grosses gouttes pressées eut lieu, et bientôt un abcès urineux se forma au périnée et ne tarda pas à s'ouvrir. On suspendit le cathétérisme; on cautérisa la fistule; on pansa avec des compresses trempées dans une solution de nitrate d'argent, afin d'obtenir l'oblitération de la fistule qui ne s'effectua qu'à son orifice externe. Trois mois après, il éprouva encore des douleurs vives en urinant, et la fistule se rouvrit pour donner passage à quelques gouttes d'urine dont plusieurs, s'infiltrant à travers le tissu cellulaire sous-cutané, allèrent former dans la partie postérieure du scrotum un abcès urineux qui guérit parfaitement, mais laissa, cependant, un noyau de tissu cellulaire induré à sa place.

Lorsque, le 15 octobre, ce malade réclama les soins du docteur Forget, il présentait tous les symptômes les mieux caractérisés d'un rétrécissement, et en outre une fistule urétrale située au périnée.

M. Forget jugea sagement à propos d'administrer, sur-le-

champ, à ce malade, un traitement anti-vénérien composé d'un bain de deuto-chlorure (à un gros), de deux jours l'un, et pour boisson le sirop de salsepareille par cuillerée, soir et matin, dans une infusion de saponaire. En outre, chaque jour, il s'occupait du rétrécissement qu'il était parvenu à franchir avec habileté à l'aide de bougies très-fines.

Mais, le 25, ce chirurgien essaie en vain d'introduire une bougie plus grosse. Les manœuvres faites dans ce but déterminent, chez ce malade, un accès de fièvre nerveuse des plus intenses qui dure plusieurs heures, et se reproduit toutes les fois qu'on se sert d'une bougie plus forte ou qu'on éprouve de la difficulté à l'introduire.

La dilatation fut, néanmoins, opérée d'une manière progressive quoique laborieusement, et le jet de l'urine prit, chaque jour, plus de plénitude et de force.

Plus tard, les orifices fistuleux furent cautérisés et complètement oblitérés.

Les bains de deuto-chlorure furent successivement portés à une dose de six et huit gros, et on vit bientôt se fondre, sous leur influence, les callosités qui environnaient les fistules.

Le traitement dura jusqu'au commencement de janvier, et le malade fut alors réputé guéri.

Quelques mois plus tard, je revis ce malade qui m'apprit que son rétrécissement commençait à reparaître.

SEPTIÈME OBSERVATION.

Suintement blennorrhagique intarissable. — Dilatation. — Cautérisation.

M. R...., de Stuttgard, âgé de vingt-neuf ans, d'une con-

stitution sèche et d'une bonne santé habituelle, vint me consulter pour un écoulement intarissable. Je soupçonnai un rétrécissement urétral comme étant la cause de l'opiniâtreté de cette gonorrhée qui avait résisté à l'emploi des moyens les plus rationnels conseillés par M. le docteur Lagneau. J'en acquis la certitude par le cathétérisme qui m'indiqua son siége à cinq pouces du méat. J'engageai ce malade à voir M. Guillon, et je lui parlai de ses mouchetures urétrales comme d'une méthode que j'avais vue plusieurs fois réussir merveilleusement. Comme il était effrayé de l'idée de coupures faites dans le canal, je lui offris de le traiter par la dilatation comme étant un procédé plus généralement usité, mais beaucoup moins certain. Il l'adopta néanmoins aussitôt, et je lui introduisis, chaque jour, une bougie très-fine dans le canal sans pouvoir franchir le rétrécissement avec un numéro plus fort. J'eus l'idée alors de me servir de grosses bougies d'étain, dans le genre des sondes Mayor, que j'avais vu employer par M. Guillon à la fin de son traitement, et dont il se servait bien long-temps avant le voyage de M. Mayor à Paris.

Je commençai par le n° 10, et je fus étonné de la facilité avec laquelle je franchissais le rétrécissement qui me parut avoir environ quinze lignes d'étendue. Le lendemain, je me servis du n° 13 qui entra avec la même facilité et fit saigner le canal, circonstance dont je me réjouis, parce que j'espérais obtenir un dégorgement local par ce moyen. Le sang qui s'écoulait était très-noir et séreux. J'arrivai au n° 16 que j'introduisis avec une égale facilité. Ces manœuvres déterminèrent, comme on pouvait s'y attendre, une vive inflammation dans le canal qui ne tarda pas à s'étendre à l'épididyme, à la suite d'une course fatigante. Trois applications

successives de sangsues, les pilules de Belloste, les cataplasmes froids et excitants, les pommades résolutives enlevèrent en moins de quinze jours cet engorgement.

Le rétrécissement était vaincu, il ne restait plus qu'un suintement contre lequel j'ai employé la cautérisation avec le nitrate d'argent en poudre appliqué sur l'endroit même du rétrécissement. Le lendemain de chaque cautérisation, quelques gouttelettes de sang et des mucosités s'écoulaient, puis le suintement reprenait son cours pour céder à une dernière cautérisation plus forte que les trois qui avaient précédé.

Ce malade urine largement, il n'a point de douleur dans le canal, il n'a plus de suintement; cependant l'introduction d'une bougie fine est très-difficile, et lorsqu'on en passe une grosse, on éprouve toujours un léger temps d'arrêt à cinq pouces du méat, avant de franchir le rétrécissement. Cette circonstance m'autorisa à ne pas croire la guérison complète, et je suis convaincu qu'on sera forcé de recourir plus tard aux mouchetures urétrales.

CONCLUSION.

Quelle est l'instruction pratique qui doit résulter de ces faits, dont le plus grand nombre offrent à considérer la guérison radicale et prompte, par des méthodes nouvelles, d'une maladie si commune et si mal traitée généralement jusqu'à ce jour? C'est que, comme je l'ai écrit sous forme de proposition dans ma thèse : « Dans le traitement des rétrécissements du canal de l'urètre, la dilatation n'est qu'un moyen » palliatif, la cautérisation n'est que rarement utile, et un » traitement vraiment curatif et applicable à la généralité

» des cas consiste dans les mouchetures urétrales ou sai-
» gnées locales, aidées de la dilatation. »

Cette proposition, qui a été combattue par M. Jobert, reçoit, aujourd'hui, de l'appui de ces faits, une importance qu'elle n'avait pas alors. Je dois convenir pourtant, avant de passer outre, qu'en établissant un principe général sur des observations si peu nombreuses, quelque concluantes qu'elles soient, je m'exposerais au reproche mérité d'une présomption ridicule, si je ne m'appuyais sur la connaissance positive d'une foule d'autres guérisons obtenues par le même procédé, dont je n'ai pas recueilli l'histoire détaillée, mais qui, néanmoins, concourent au même degré que celles-ci à me fortifier dans cette opinion conforme, d'ailleurs, en tous points, à celle de MM. Cullerier et Lagneau, partisans consciencieux d'une méthode qu'ils ont vue, plus souvent encore que moi, réussir entre les mains de M. Guillon, après avoir essuyé, dans leur pratique particulière, des mécomptes nombreux de l'emploi des méthodes ordinaires.

La dilatation, si souvent mise en usage de nos jours et qui n'est pas un moyen nouveau, ne peut, en effet, guérir radicalement à elle seule ; et, pour s'en convaincre, il suffit d'examiner le mécanisme en vertu duquel elle agit. Qu'on introduise une bougie dans un canal rétréci, qu'arrivera-t-il? L'obstacle au passage de l'urine sera certainement comprimé, et cette compression souvent répétée pourra maintenir l'aplatissement des tissus ; mais si elle cesse de s'exercer, qui pourra empêcher un tissu plus ou moins spongieux de revenir à son état primitif, sous l'influence des causes d'excitations locales auxquelles l'homme est journellement exposé? C'est ainsi pourtant que tout se passe. Il faut donc, lorsqu'on se sert de ce procédé pour guérir les coarctations

urétrales, recommander au malade de faire usage de bougies pendant toute la durée de sa vie, afin de maintenir le calibre du canal dans un état d'élargissement nécessaire à ses fonctions. On conviendra que ce mode de traitement peu expéditif est en outre bien assujettissant.

La cautérisation, comme ces faits le prouvent, ne procure pour l'ordinaire qu'un soulagement momentané et, par la suite, un rétrécissement plus intense que caractérise le plus souvent une dureté remarquable; car toute cicatrice de brûlure, soit par les caustiques, soit par le feu, a une tendance à rétrécir les parties qui en sont le siége. Combien de fois n'ai-je pas vu, lors de mon externat à l'hôpital du Midi, l'entrée du vagin se rétrécir par suite de la cautérisation pratiquée sur des chancres situés sur la fourchette! Ajouterai-je que M. Ricord qui a traité, en 1832, M. H..., par la cautérisation qu'il employait souvent alors, d'après la méthode de Ducamp, l'a depuis presque complètement abandonnée, imitant en cela la conduite d'un grand nombre de chirurgiens?

Pour rendre toute justice à ce moyen, disons qu'il réussit ordinairement très-bien à tarir certains écoulements, et que cet effet est dû à la puissance de modification dont tous les caustiques sont doués lorsqu'ils exercent leur action sur les tissus vivants.

Tous ces rétrécissements ont été précédés d'urétrites, dont quelques-unes ont été combattues d'une manière intempestive par les injections astringentes. La connaissance de cas nombreux de ce genre que je ne cite pas aujourd'hui, me porte à croire que tout rétrécissement qui n'est point spasmodique reconnaît nécessairement et absolument pour cause une urétrite présente ou passée, tandis que l'emploi des in-

jections astringentes n'en peut être considéré comme cause, qu'autant qu'elles ont été faites pendant la période aiguë de l'inflammation, et qu'elles sont fort innocentes, du reste, quand le malade n'éprouve plus ni chaleur, ni douleur en urinant.

J'insiste à dessein sur ce point, parce que beaucoup de médecins français ont une aversion prononcée pour les injections astringentes ou autres, dans n'importe quelle période de la maladie; bien différents en cela des médecins d'outre-mer, qui, comme on sait, traitent toutes les phases d'une inflammation de l'urètre par les injections astringentes.

Chez tous les malades guéris radicalement par les mouchetures et même chez les deux malades traités par la dilatation, les bougies n'ont jamais séjourné plus de vingt minutes dans l'urètre, chaque jour, et la guérison n'en a pas été moins rapide. Ces faits tendent donc à infirmer l'usage des bougies à demeure, et militent en faveur de la dilatation momentanée adoptée par tous les chirurgiens spéciaux et, sans exception, par tous ceux qui ont pu comparer les avantages qu'on retire de ces deux manières de dilater l'urètre, dont la première a toujours le grand inconvénient d'irriter le canal et la vessie, et d'offrir aux sels de l'urine une charpente sur laquelle ils ont une si grande tendance à se cristalliser, sans compter les dilacérations douloureuses qu'ils occasionnent le long du canal quand on en retire la bougie.

Deux faits comparés entre eux offrent un contraste trop remarquable, sous le point de vue pratique, pour être passés sous silence. L'un est un rétrécissement de quinze lignes d'étendue chez le sujet de la dernière observation, commençant à cinq pouces du méat, qui n'a pu être traversé par des bougies coniques ou rondes d'un petit diamètre, et a été

franchi avec une grande facilité par une grosse bougie d'étain. L'autre, chez M. D....., est un rétrécissement qui, traité par la dilatation brusque, a eu un résultat bien différent : la rupture du canal, une fistule à l'urètre, la suspension du traitement pour calmer promptement les phénomènes inflammatoires par des moyens actifs, tel a été le résultat de l'emploi de gosses bougies, ou, pour mieux dire, du cathétérisme forcé.

Ce sont des faits semblables au premier des deux que je viens de citer qui ont émerveillé beaucoup de praticiens, et expliquent leur enthousiasme pour le cathétérisme forcé. Mais l'observation de M. B... père, celle de Baron citée au sujet de l'application du sarcotôme, dans le compte rendu de la société de Médecine pratique; celle de M. D... qui reçut les soins de M. Broussais ; un cas de mort survenue à la suite du cathétérisme forcé pratiqué sous nos yeux, à la Charité, pendant la dernière année de la vie de Boyer; enfin la fausse route que M. Mayor fit lui-même, dans le service de M. Cloquet, au nommé Portal, qui mourut, et dont l'autopsie fut faite en présence des élèves qui purent aisément en reconnaître la cause, sont autant de faits qui, après un court examen des avantages et des inconvénients de ce procédé, me portent à le rejeter énergiquement, lui accordant, comme moyen de dilater plus vite le canal, dans certains rétrécissements spongieux, mous et élastiques, une supériorité marquée sur les bougies fines ou coniques dont le bec vient butter ordinairement contre le rétrécissement qu'il pousse devant lui sans le franchir ; mais je suis loin, par un tel aveu, de lui assurer l'efficacité curative que je ne reconnais qu'aux mouchetures urétrales, telles que je les ai vu pratiquer par M. Guillon.

Il est bon de noter, en terminant, que ce même chirurgien les emploie souvent dans le traitement de la prostatite en agissant directement sur la portion du canal qui correspond à cette glande, opération qu'il a soin de faire précéder ou suivre d'une application de sangsues au périnée et de l'introduction du cataplasme dans le rectum, nouveau mode de traitement qu'il a introduit le premier dans la thérapeutique et dont il obtient journellement les plus heureux effets. C'est ainsi que je l'ai vu commencer le traitement de M. Bl.., qui avait une prostatite chronique, indépendamment d'un rétrécissement circulaire de quinze lignes d'étendue, commençant à trois pouces et demi du méat, et qui fut complètement guéri au bout d'un mois.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

De l'irritation et de la folie, ouvrage dans lequel les rapports du physique et du moral sont établis sur les bases de la médecine physiologique ; par F.-J.-V. Broussais. — Deuxième édition, considérablement augmentée par l'auteur; publiée par son fils, *Casimir Broussais*. — 2 vol. in-8°. Paris, 1839.

Onze ans se sont écoulés depuis que nous avons rendu compte dans ce recueil de la première édition du *Traité de l'irritation et de la folie*. L'auteur répondit, dans le temps,

à quelques-unes de nos observations ; le public fut juge de ces débats, et nous n'avons rien à rétracter aujourd'hui de nos éloges ni de nos critiques. Les additions faites à la seconde édition seront l'objet d'une appréciation non moins consciencieuse, car nous ne pouvons pas oublier que nous parlons en présence d'un tombeau, et d'une renommée qui attend le jugement de la postérité.

Nous n'avons pas à discuter ici les doctrines médicales de M. Broussais dans leur ensemble ni dans leurs applications à la médecine pratique. Cette tâche a été depuis longtemps accomplie dans la *Revue médicale*, et de manière à ce qu'il ne soit pas nécessaire d'y revenir. Nous n'avons à considérer aujourd'hui le *physiologisme* de Broussais que dans ses rapports avec la philosophie générale.

Ce réformateur a le grand mérite de s'être créé lui-même, et l'on trouve dans ce fait la raison de son talent comme de ses défauts. Lancé dès sa jeunesse au milieu des tempêtes de nos révolutions, dans la marine, les camps, les hôpitaux militaires, il y puisa cette hardiesse, cette confiance en lui-même et cette humeur belliqueuse qui animèrent tous ses écrits. Homme d'explosion plutôt que de méditation, il est plus capable de renverser que d'édifier. A l'exemple des grandes fortunes qui s'élèvent autour de lui par la guerre et la conquête, il s'empare, lui aussi, par une sorte de droit de conquête, des idées de ses devanciers, tantôt de Brown, tantôt des philosophes du dix-huitième siècle, tantôt de Gall et Spurzheim, pour les approprier à son plan de réforme médicale. Le rôle d'un Luther en médecine sourit plus à son caractère impétueux et bouillant que celui d'un observateur patient ou d'un législateur pacifique. Étranger, par son éducation et par la trempe même de son

esprit, aux hautes études philosophiques, il se fait gloire, aux yeux de ses adeptes, de mépriser ce qu'il ne peut comprendre. De là ces plaisanteries parfois si triviales sur les *Kanto-platoniciens*, livrés aux contemplations de notre *moi* intérieur, et sur *cette nature médicatrice que nul scalpel n'a pu découvrir.* On peut affirmer, sans calomnier sa mémoire, qu'il n'a jamais su ou pu s'abstraire du monde physique. Il combat même Locke sur la formation des idées abstraites (Irrit., t. II, p. 216), et qualifie d'absurde toute conception qui s'élève au-dessus du plus grossier matérialisme. « Ne » cherchons point, dit-il, à entendre complètement les mé» taphysiciens ; nous serions plus heureux qu'eux-mêmes.» C'est par de tels quolibets qu'il élude les grandes questions de la philosophie, et qu'il popularise ses doctrines en les mettant à la portée des intelligences les plus bornées. Suivant lui, « sans les organes de la *merveillosité*, de *l'idéa-» lité*, de la *vénération* dans l'encéphale, il n'existerait au» cune idée de la divinité, de l'âme, d'un monde intellectuel » (t. I, p. 270 et 497). Donc, ajoute-t-il, si les hommes » *merveillosistes* et *vénérans* de la chimère se fâchent de nos » discours, il n'y a pas de raison pour qu'il en soit ainsi de » ceux pour qui la chimère n'est rien. » Ces citations suffisent pour caractériser l'homme et pour faire connaître au juste la portée de ses prétendues doctrines philosophiques. Il ne faut donc chercher dans les écrits de Broussais ni la profondeur de pensée, ni la froide et sévère méthode de déduction qui caractérisent un esprit réellement philosophique. Il n'y faut pas chercher non plus un esprit créateur, car il serait peut-être impossible de citer dans sa doctrine un aperçu véritablement nouveau. Mais il fut doué au plus haut degré de cette verve entraînante et de cette

vigueur de style par laquelle il sait plier le langage à ses idées. Il est, sinon inventeur, du moins novateur hardi, ingénieux, et très-habile à populariser ses convictions.

Les quatre premiers chapitres de cette seconde édition (si l'on excepte la petite section sur l'évolution de la puberté dans ses effets relatifs à l'intellect), sont tout-à-fait les mêmes que dans la première édition de 1828. Nous nous dispenserons d'en faire un nouvel examen. C'est la doctrine de Cabanis plus vigoureusement dessinée.

Le chapitre V présente quelques additions, notamment l'essai d'un tableau des phénomènes cérébraux, et de la valeur des signes. Dans ce même chapitre, l'auteur a repris, dans un meilleur ordre, la question de l'intelligence. Tout ce qu'il a ajouté sur cet article est extrait de son mémoire sur le *moi*, lu à l'Académie des sciences morales et politiques en octobre 1838, et contient les déterminations de plusieurs organes, quoique l'auteur se garde bien de leur assigner un siége précis, ou de décrire une protubérance. Il suit les principales distinctions établies par Gall et Spurzheim qu'il avait déjà reproduites dans son livre sur la phrénologie en 1836, tout en admettant cependant quelques nouvelles fonctions, telles que les *facultés théâtrales*, la *gaîté*, l'*espérance*, etc., dans la section 4 de ce chapitre. Il poursuit, dans la section 5, la question des *forces*, celles du *sentiment* et des *représentations*. Puis, dans une dissertation spéciale, il s'occupe du *langage*, de la *formation de la métaphysique*, de la *valeur du sentiment*, de *Dieu*, et enfin de l'âme, qu'il considère comme une représentation de l'*anthropomorphisme*.

Ces parties sont les plus neuves et les plus remarquables de cette seconde édition, bien qu'entachées de ce défaut

de logique qui est le vice fondamental de la doctrine.

Les chapitres VI, VII, VIII, IX reproduisent exactement les chapitres V, VI, VII et VIII de la première édition. Il n'y a de changé que l'ordre numérique. Un chapitre VIII *bis* a été intercalé. Quant à la section qui traite *de la folie considérée selon la doctrine physiologique*, M. Casimir Broussais déclare qu'elle est la réimpression littérale du travail primitif de son père.

On ne peut nier que, jetées sans transition au travers du texte ancien, ces additions n'interrompent le fil des idées et ne nuisent à l'unité de l'œuvre originelle, remarquable en général par sa lucidité, même dans ses erreurs. Le travail primitif, se rapprochant de ceux des *cabanistes* (expression de Broussais), attaquait fortement la phrénologie. Ici Broussais se contente de remarquer que la même circonvolution sert souvent à diverses facultés dans le trajet qu'elle parcourt, *et qu'on n'a pas le secret de la nature sur ces différences* (t. I, p. 307).

Il reste plusieurs contradictions que l'éditeur consciencieux a conservées avec un respect filial. Il est manifeste pour nous que plusieurs de ces additions sont restées encore à l'état d'études préparatoires. L'auteur en aurait fait disparaître plus tard des recherches vagues ou indigestes. Il y a même quelques parties peu intelligibles (t. I, p. 185 et suiv.), soit à dessein (il s'agit de la cause suprême), soit parce que Broussais se proposait de les retoucher. Par cette sorte d'enquête, il s'essayait sur la science métaphysique. On en voit la preuve dans ses extraits de l'*Histoire de la philosophie ancienne*, de Ritter, où il s'étonne qu'on ait pu mettre en doute l'existence des corps. Peu familier avec ces hautes spéculations de la doctrine des philosophes éléati-

ques, il ne craint pas d'accuser ces grands esprits d'ignorance, ce qui est beaucoup plus facile que de les réfuter, ou seulement de les comprendre.

Broussais a soin de faire remarquer après Gall (*Fonct. du cerveau*, t. II, p. 342), que ce n'est pas du *volume seul*, mais de l'*action*, ou plutôt de l'activité de la matière cérébrale que dépend la prépondérance intellectuelle, même dans les régions qui correspondent aux facultés les plus éminentes (*De l'irrit.*, t. II, p. 469). C'est encore une concession dont il est bon de prendre acte. Je ne sais si l'on trouvera beaucoup de lucidité dans sa dissertation sur les phénomènes cérébraux par laquelle il prend à tâche d'expliquer soit la métaphysique (t. I, p. 530 à 547 et suiv.), soit l'excitation nerveuse *se percevant percevoir* (t. II, p. 182-186 et suiv.).

Nous précisons à dessein les citations, afin que les défenseurs de la grande renommée de Broussais vérifient nos allégations pour les combattre, à moins qu'ils ne veuillent les expliquer par l'état de maladie qui affaiblissait dans les derniers temps les facultés de l'auteur.

Mais Broussais prend sa revanche dans la peinture énergique des caractères moraux; il y déploie une éloquence entraînante. Ennemi de toute contrainte, il ne voit souvent dans le monde que le règne du mal, avec Voltaire, lord Byron et les philosophes du XVIII[e] siècle. C'est ainsi que son style manque de cette sensibilité du cœur, de cette vie intime, de ces inspirations religieuses ou tendres qui rehaussent les nobles intelligences; il se fait gloire, au contraire, d'attaquer ces sentiments avec une causticité ardente. A travers quelques témérités hasardées ou calculées, on rencontre cependant d'excellentes réflexions sur l'amour de soi et sur

celui de la vie. Il n'a pas toujours tort contre Hume et contre plusieurs métaphysiciens modernes, car, de part et d'autre, les physiologistes et leurs antagonistes s'accusent mutuellement, avec grande raison, d'ignorer la science de leurs adversaires. Ni l'*organisme*, ni l'*animisme*, seuls et séparés, ne suffisent pour expliquer l'homme. On en voit la preuve lorsque les métaphysiciens prétendent développer les lois de l'instinct et des passions sans le concours organique, de même que Broussais et d'autres phrénologistes essaient vainement de se rendre compte de la réaction du moral sur le physique (t. II, p. 187 et 192) sans l'intervention d'un principe animateur et conservateur.

Terminons par l'examen attentif du passage suivant des additions de Broussais (t. II, p. 247) : « La *justice* et la » *conscience*, dit-il, une fois rattachées à l'action du cer- » veau, en suivraient toutes les chances..... se formeraient, » croîtraient, varieraient, je veux dire, se dépraveraient, se » rectifieraient, et finalement se détruiraient et s'anéanti- » raient avec la substance de cet appareil organique. Or, » c'est là précisément ce que l'observation démontre au mé- » decin observateur... D'où il suit que l'excitation et l'irri- » tation de notre encéphale fournissent de précieuses don- » nées sur la nature de la justice comme sur toutes les qua- » lités morales, etc. » Et à la suite (p. 250), il ajoute : « Nous préférons l'opinion de Spurzheim, qui croit que » l'intelligence seule a pu s'élever jusqu'à l'idée d'un être » suprême ; mais lorsque lui ou d'autres professent que » l'impulsion vers l'adoration prouve quelque chose en fa- » veur de la réalité de l'objet de cette impulsion, j'avoue » que je ne puis être parfaitement d'accord avec les phré- » nologistes (t. II, p. 255). »

N'est-il pas clair d'après ce langage (et ses développements) qu'il n'existe que des différences organiques variables et destructibles entre la conscience de Socrate et la scélératesse d'un Lacenaire? Alors, nul droit de condamner le criminel, nul mérite d'être vertueux; l'honnête homme qui sacrifie son intérêt à la justice joue un rôle de dupe. Voilà la conséquence rigoureuse de tels axiomes. Or, comment croire à la vérité de principes qui aboutissent à de pareilles conséquences?

Je ne sais s'il convient de rappeler à ses enthousiastes admirateurs que la nature plus équitable dément ces monstrueuses confusions entre le crime et la vertu, lorsqu'à défaut de lois, elle suscite au cœur du sauvage lui-même un sentiment d'indignation et de vengeance réparateur de l'injustice. Il y a donc une conscience intime, salutaire réaction de l'équité contre l'injustice, loi impérieuse qui n'est pas même inconnue aux animaux, puisque le cheval, le chien, si dociles à notre légitime supériorité, se cabrent, s'irritent néanmoins avec une rancune furibonde contre de mauvais traitements non mérités. Oui, la nature élève au fond des âmes ces lois imprescriptibles de la conservation sans lesquelles aucune société ne subsisterait. Oui, votre abominable principe ruine toute civilisation en armant le scélérat contre l'innocent, et le puissant oppresseur contre sa victime; en détruisant chez tous la crainte de la divinité, et même en désarmant la justice des hommes. Dites-nous de quel droit, d'après votre philosophie, un juge frapperait le meurtrier et l'empoisonneur, alléguant, votre livre à la main, l'irritation de leur encéphale, qui anéantit chez eux la justice et la conscience? J'accomplis à regret le devoir de flétrir cette fausse et dangereuse doctrine.

Une autre considération se présente : Broussais regarde-t-il comme un haut degré de force intellectuelle d'être privé des organes encéphaliques de la vénération, de l'espérance, de l'idéalité, de la merveillosité? Le cerveau, privé de ces circonvolutions, serait-il plus complet, plus parfait? Ou bien le prétendu *esprit fort* ne serait-il qu'un génie mutilé? Gall avait été plus conséquent lorsqu'il établissait, dans la nature extérieure, l'existence des êtres auxquels chaque protubérance cérébrale correspondait nécessairement. Alors, l'homme complet, ainsi que le disait Protagoras, représentait l'image du monde. Son cerveau était un microcosme.

Je suis fâché de me trouver en contradiction aussi flagrante avec l'académicien des sciences morales et politiques; mais tout en rendant hommage à un grand talent, c'est avec une conviction intime que je manifeste mon opinion, tout-à-fait opposée à ses fausses doctrines et à des principes qu'elle réprouve.

J.-J. VIREY.

PROFESSION DE FOI DE M. BROUSSAIS (1).

Sur un papier joint à la page où est écrite cette pièce se trouvaient ces mots de la main de M. Broussais :

Ceci est pour mes amis, mes seuls amis.

DÉVELOPPEMENT DE MON OPINION ET EXPRESSION DE MA FOI.

Je sens comme beaucoup d'autres qu'une intelligence a tout coordonné; je cherche si je puis en conclure qu'elle a

---

(1) Nous espérions et nous aurions souhaité pouvoir passer sous

créé; mais je ne le puis pas, parce que l'expérience ne me fournit point la représentation d'une création absolue; je n'en concois que de relatives, et ce ne sont que des modifications de ce qui existe, dont la seule cause appréciable pour moi est dans les molécules ou atomes, et dans les impondérables qui font varier leurs activités; mais je ne sais ce que c'est que les impondérables, ni en quoi les atomes en diffèrent, parce que le dernier mot sur ces choses n'a été dit ni par les physiciens, ni par les chimistes, et que je crains de me représenter des chimères.

Ainsi, sur tous les points, j'avoue n'avoir que des connaissances incomplètes dans mes facultés intellectuelles ou mon intellect, et je reste avec le sentiment d'une intelligence

---

silence cette prétendue *profession de foi*, qui n'est à vrai dire qu'un triste aveu de faiblesse, ou plutôt d'impuissance intellectuelle et morale. Mais puisqu'elle a été reproduite dans tous les journaux, nous ne pouvons nous dispenser de la déposer dans la *Revue médicale* comme pièce justificative du jugement que nous avons plusieurs fois exprimé sur M. Broussais considéré comme penseur et philosophe. Des motifs de convenance, que nos lecteurs sauront apprécier, nous ont fait ajourner la publication de cette pièce, et des *Réflexions* du docteur Cerise qui nous ont été adressées depuis longtemps: ces réflexions auraient paru trop vives et trop sévères peut-être dans les premiers moments. Il convenait de laisser refroidir la cendre du maître et l'enthousiasme des sectaires. Nous avons pensé, d'ailleurs, que la *profession de foi* et les réflexions qui la suivent seraient bien placées après le compte-rendu de l'édition posthume du Traité *de l'irritation et de la folie*. A côté du dernier mot du médecin *physiologiste* on aura le dernier mot et la mesure du philosophe; puis une appréciation consciencieuse de l'un et de l'autre. L'enthousiasme et l'esprit de parti sont toujours pressés de se produire, et ils ont raison; mais la vérité se hâte lentement parce qu'elle peut attendre.

(N. R.)

coordonnatrice, que je n'ose appeler créatrice, *quoiqu'elle doive l'être* (1); mais je ne sens pas le besoin de lui adresser un culte extérieur autre que celui d'exercer, par l'observation et le raisonnement, l'intelligence pour l'enrichir de nouveaux faits, et les sentiments supérieurs, parce qu'ils aboutissent au plus grand bien de l'homme forcé de vivre avec ses semblables, c'est-à-dire social. Je crois aussi que ce culte exige que les premiers besoins soient satisfaits, sans nuire aux autres hommes, soit dans la même satisfaction, soit dans celle des sentiments supérieurs, et un de mes sentiments me pousse à les seconder de tout mon pouvoir dans cette double satisfaction, parce que j'y trouve le plus doux et le plus pur des plaisirs. J'applique cela aux animaux voisins de nous.

Telle est ma foi, et je ne crois pas pouvoir en changer; car toutes les personnifications anthropomorphiques d'une cause générale pour l'univers, et d'une cause particulière pour l'homme, m'ont toujours inspiré une répugnance invincible que je me suis en vain efforcé de méconnaître et de vaincre pendant long-temps.

Je ne crains rien et n'espère rien pour une autre vie, parce que je ne saurais me la représenter.

Je ne crains pas d'exprimer mon opinion, ni d'exposer ma profession de foi, parce que je suis convaincu qu'elle ne détruira le bonheur de personne. Ceux-là seuls adopteront mes opinions qui étaient organisés pour les avoir, et je n'aurai été qu'une occasion pour eux de la formuler. Les gens nés pour l'anthropomorphisme n'en seront point changés.

---

(1) Ces derniers mots sont ajoutés au-dessus de la ligne et comme par surcharge.

Les personnes affectueuses et bienveillantes qui trouvent leur bonheur dans cet anthropomorphisme, me plaindront ; et celles qui sont en même temps dominées par l'anthropomorphisme et la méchanceté m'anathématiseront, pendant que les gens qui sont athées par constitution se moqueront de moi. Tout cela m'est indifférent, parce que je ne suis point haineux, quoique, par instants, vif et même un peu colère ; mais plus je vis, plus facilement l'intelligence réprime ces mouvements qu'elle condamne : c'est parce que je l'ai beaucoup exercée à cela.

Avant d'avoir les représentations que j'ai des faits chimiques et physiques sur la causalité accessible, ma répugnance pour l'anthropomorphisme existait déjà, et j'étais aussi déiste que je le suis. On avait beau me dire : « La nature ne peut pas s'être faite elle-même ; donc une puissance intelligente l'a faite. — Je répondais : Oui ; mais je ne puis me faire une idée de cette puissance. »—Dès que je sus par la chirurgie que du pus accumulé à la surface du cerveau détruisait nos facultés, et que l'évacuation de ce pus leur permettait de reparaître, je ne fus plus maître de les concevoir autrement que comme des actes d'un cerveau vivant, quoique je ne susse ni ce que c'est qu'un cerveau, ni ce que c'est que la vie. Ainsi les études anatomiques, physiques et chimiques ne m'ont rendu ni plus ni moins croyant, c'est-à-dire, capable de me figurer, avec conviction, un Dieu opérant comme un homme multiplié, et une âme faisant mouvoir un homme, parce que cette âme me paraissait un cerveau agissant et rien de plus, sans que je pusse dire comment il agissait.

Beaucoup d'autres hommes sont comme moi ; le sentiment ne suffit donc pas pour prouver les faits extérieurs à

toutes les intelligences, parce qu'il ne démontre rien que sa propre existence On l'a en soi, c'est chose sûre, puisqu'on le sent; mais on ne l'a que pour agir sur l'extérieur, et cet extérieur n'est montré que par l'intelligence d'après les formules des sens. Si l'on croit voir un autre extérieur, on se trompe, on ne peut voir que celui-là. Telle est ma croyance.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LA PROFESSION DE FOI DE M. BROUSSAIS.

La profession de foi de M. Broussais ne pouvait, dans le siècle où nous vivons, avoir un grand retentissement. Au milieu du mouvement philosophique et religieux qui s'opère sous nos yeux et qui remue profondément les générations nouvelles, quelques pages d'un scepticisme chagrin ne peuvent laisser des traces bien profondes dans les esprits. Nous ne sommes plus au temps où une parole de mépris pour les choses les plus sérieuses était un grand scandale; car toutes les ressources de l'orgueil et de l'ignorance sont épuisées depuis plusieurs années. Le matérialisme a usé ses armes. Nous sommes arrivés au moment où les grandes conquêtes de la science moderne viennent faire justice des égarements d'un siècle qui n'est plus; nous assistons à un mouvement intellectuel qui ne peut s'arrêter un instant, dans sa marche triomphante, devant la profession de foi d'un homme, quel que soit d'ailleurs cet homme. Si le matérialisme a épuisé ses moyens d'attaque et de défense, il n'en est pas ainsi du spiritualisme catholique. Celui-ci s'appuie d'arguments nouveaux, il emprunte au progrès des sciences et des institutions sociales des forces toujours nouvel-

les. Aujourd'hui la situation des esprits est telle qu'on peut affirmer à haute voix que là où la science est matérialiste ou sceptique, il y a une tendance rétrograde, et que là où la science est spiritualiste et catholique, il y a une tendance progressive. Que nous sommes heureux de pouvoir signaler ce fait, devant lequel les œuvres de tous les savants seront désormais jugées sans appel ! Que nous sommes heureux, grâces à cette merveilleuse transformation des idées générales, de n'avoir pas à réfuter, de n'avoir pas même à soumettre à une polémique étendue et profonde, les pages dans lesquelles M. Broussais a épanché ses hésitations, ses erreurs et ses doutes ! D'ailleurs, quelques lignes où des pensées incohérentes semblent ne s'exprimer que par la confusion et le désordre ne sauraient avoir, aux yeux d'un homme sérieux, une importance assez grande pour qu'il croie devoir s'arrêter longuement à les discuter. Nous savons que l'auteur de ces lignes n'appelait sur elles aucune discussion ; nous savons qu'il ne les avait destinées qu'à ses amis, et que si elles ont franchi les limites que la volonté du maître avait imposées au zèle de ses disciples, nous devons peut-être montrer plus de respect et nous commander plus de réserve. M. Broussais n'a-t-il pas senti, après avoir exprimé si confusément ses convictions embarrassées, qu'il avait ouvert à sa raison un abîme devant lequel il avait dû hésiter ? n'a-t-il pas, par un mouvement de louable scrupule, appelé le silence de l'amitié sur cette manifestation de ses pensées philosophiques, afin que des yeux étrangers à son intimité ne fussent pas témoins des incertitudes qui auraient surgi dans son esprit humilié, au moment où, pour la première fois peut-être, il aurait voulu exprimer ses convictions avec quelque calme et quelque solennité ? Livrons-nous à cette consolante impression.

Ainsi, paix à la tombe de l'écrivain!! Que sa mémoire soit respectée! car, qui peut nous dire la suite de ses pensées dont nous n'avons appris que ce qui en est resté écrit? et combien d'autres qui ont pu rester inédites et qui ont dû se presser dans son esprit, lorsque M. Broussais, sentant ses convictions s'ébranler à mesure qu'il s'efforçait de les exprimer, crut devoir faire cette recommandation positive : *Ceci est pour mes amis, mes seuls amis!* Paix donc à la tombe de l'écrivain! Qu'il nous suffise de puiser dans ce nouveau monument des vicissitudes de l'intelligence humaine quelques avertissements salutaires, quelques enseignements utiles, quelques considérations propres à éclairer les hommes qui se traînent encore dans l'ornière de la science matérialiste. C'est là un devoir que nous devons accomplir.

Interrogez un savant qui ne subisse le joug d'aucune des passions violentes qui aveuglent les hommes; que ce savant soit calme, simple et sévère; interrogez-le : demandez-lui sans détour *s'il croit à une intelligence qui ait créé tout ce qui existe.* Ce savant vous répondra, dans la naïveté de son langage didactique, que Dieu étant l'hypothèse qui rend compte du plus grand nombre des phénomènes connus, il ne peut se refuser à en admettre l'existence. Cette existence est pour lui une vérité de l'ordre rigoureusement scientifique. Il n'a pas besoin pour affirmer cette vérité d'avoir consumé ses veilles dans les abstractions *ontologiques;* il se trouve dans ce cas métaphysicien sans s'en douter, comme M. Jourdain fait de la prose sans le savoir. En effet, la science n'existe qu'à la condition de reconnaître et de proclamer, en présence des lois qui régissent le monde, une activité intelligente et créatrice, de la même manière qu'elle est dans la nécessité de proclamer, en présence d'un ordre de phénomènes

physiques ou physiologiques, une force initiale qui les produit et les coordonne. Reculer devant cette nécessité, c'est renoncer au langage des hommes, c'est reléguer dans le domaine des chimères ou des *entités* les mots les plus usités, tels que ceux de vie, de volonté, de force, d'attraction, d'intellect, d'irritation, de chimie vivante, de toutes ces formules dont les adversaires les plus inintelligents de l'ontologie se servent tous les jours sans se douter le moins du monde qu'ils subissent le joug de cette métaphysique qu'ils ont en si grande horreur. Rien de si commun que cette contradiction chez les hommes qui prétendent tenir parmi nous le sceptre de la science. C'est que jamais les principales notions philosophiques n'ont été plus méconnues. A cet égard l'ignorance est profonde. C'est cette ignorance qui, réunie à des préjugés haineux, nous rend raison de l'opiniâtre résistance des doctrines matérialistes.

A la question que nous venons d'adresser au savant calme et sévère, que répond l'auteur de la profession de foi? Esclave du préjugé le plus aveugle, dominé par ses antipathies bizarres contre ce qu'il appelle l'*ontologie*, il va nous étonner par sa réponse. D'abord il proteste que ses sens ne lui ont point fourni la représentation d'une création absolue, et il se hâte d'affirmer qu'*il ne peut conclure qu'une intelligence ait tout créé ;* puis, revenant sur ses pas, après avoir balbutié quelques mots touchant les *impondérables qui font varier le activités des molécules ou des atômes,* il se décide à reconnaître que l'intelligence coordinatrice, à laquelle il croit, *doit avoir tout créé.* Voilà, après quelques instants de recueillement, M. Broussais, l'adversaire indomptable de l'*ontologie*, le théoricien sensualiste par excellence, devenant métaphysicien sans s'en douter, comme le savant calme et sévère que nous avons

mis en scène tout à l'heure. Voilà donc M. Broussais, qui repoussait, dès les premières lignes, l'idée d'une intelligence créatrice comme une entité dont *son expérience ne lui avait point fourni la représentation*, et qui, quinze lignes plus bas, professe naïvement qu'*il reste avec le sentiment d'une intelligence coordinatrice qu'il n'ose appeler créatrice quoiqu'elle doive l'être* (1). Cette intelligence coordinatrice elle-même, que M. Broussais a admirée dès la première ligne, pourquoi la proclame-t-il, si les phénomènes physiques et physiologiques sont le résultat de l'action des impondérables incréés sur les atômes éternels ? C'est qu'il est dans la destinée de l'erreur de ne pouvoir faire un pas sans s'effacer un instant pour faire place à la vérité. Quoi qu'il en soit, voilà M. Broussais confessant un Dieu coordonnateur et créateur, en même temps qu'il refuse de s'aventurer dans les théories physico-chimiques, dont il proclame le néant, *dans la crainte de se représenter des chimères*. C'est ainsi que se trouve reléguée dans les chimères par M. Broussais lui-même toute théorie de cette *chimie vivante* qu'il a si souvent appelée à son secours pour exprimer les phénomènes physiologiques, chez l'homme et chez les animaux.

Mais cette intelligence créatrice et coordonnatrice a-t-elle donné des lois particulières à celles d'entre les créatures qui sont libres? Existe-t-il pour l'homme des règles de conduite, tracées par Dieu, en vertu desquelles il a la connaissance du bien et du mal? Est-il tenu à un culte? A-t-il, au-delà de cette terre, une existence spirituelle ? etc. Toutes ces questions sont résolues négativement dans les pages que nous

---

(1) Ces trois mots, dit le biographe, ont été ajoutés au-dessus de la ligne et comme par surcharge.

connaissons. Si nous pouvions nous imaginer que tout ce que ces pages renferment à cet égard dût être combattu sérieusement, il nous suffirait de reproduire textuellement les termes dans lesquels la doctrine rétrograde du matérialiste épanche ses naïves élucubrations. Comme on se sent à l'aise quand on voit cette doctrine qui a joui de quelque crédit dans le monde se montrer aujourd'hui si appauvrie, si vaine, et descendre assez bas pour se résumer par ces mots échappés à la plume du maître : *Ceux-là seuls adopteront mes opinions qui étaient organisés pour les avoir!* Il importe que l'on garde le souvenir de cette contradiction qui nous fait apparaître le même homme consacrant des volumes entiers à répandre ses opinions, et déclarant à ceux qui ont pu les accepter qu'ils ne l'ont pas fait librement, qu'ils ne les ont acceptées que parce que leur organisation les leur avait imposées. Tel est, au reste, dépouillé de tout artifice, le dernier mot du matérialisme moderne ; ce mot ne suffit-il pas pour imprimer au front du système dont M. Broussais s'était constitué le propagateur et le défenseur, un stigmate que toutes les assertions contradictoires, que toutes les inconséquences ne sauraient plus parvenir à effacer ? Si les conditions organiques d'un homme commandent ses convictions, que signifient, dès-lors, la méthode expérimentale, le témoignage des sens, l'induction, et tous ces moyens que vous proclamez comme la source unique de vos opinions ? Proclamez donc, en religion, en morale, en philosophie, etc., la souveraineté absolue des conditions atomistiques et *des impondérables qui en font varier les activités* dans la composition de nos organes. Soyez logicien jusqu'au bout, bannissez les entités *raison, vérité, bien, mal, intellect,* etc., et remplacez-les par ces mots, *combinaisons chimiques, conditions physiologiques, mixture cé-*

rébrale, etc. ; confondez dans un même langage les créations de l'éducation et les proportions élémentaires de la chair, les convictions acquises et les combinaisons moléculaires des organes nerveux, les résultats du raisonnement et les conditions de volume et de consistance organique, etc. Peut-on sans rougir, sans cacher son front dans ses deux mains, s'avouer disciple d'une doctrine qui ne trouve parmi les hommes aucune langue à laquelle elle ne soit obligée de faire des emprunts qui la condamnent, d'une doctrine qui ne peut être énoncée logiquement dans aucune langue humaine !

Eh bien ! c'est sur ce dernier mot du matérialisme le plus grossier et le moins avoué que tourne toute la profession de foi du professeur de phrénologie. Ce mot, nous le trouvons partout, à chaque ligne, à chaque pensée ; il règle tout, il inspire tout, il domine tout. Il va, si nous y prenons garde, jusqu'à détruire l'impression qu'a pu faire sur nous l'affirmation d'un Dieu créateur et coordonnateur ; car nous verrons que cette affirmation ne sera plus qu'une impression organique dont on subit le joug, et que l'expérience et le raisonnement ne sauraient éclairer, ni légitimer aux yeux de tous. Consolons-nous néanmoins, et reconnaissons, en présence de cette déception, que toutes les négations de la profession de foi ne seront plus considérées comme des opinions raisonnées, et qu'elles ne seront désormais que le résultat d'une organisation particulière. Sachons nous arrêter devant cet aveu qui anéantit la doctrine matérialiste, en même temps qu'il sert à la juger et à la condamner.

Voici, au reste, à quelles propositions se réduit le bagage philosophique du célèbre auteur de la profession de foi.

L'obligation d'un culte extérieur est une vanité, parce que l'auteur *n'en sent pas le besoin*.

La bienveillance pour tous les hommes, l'indulgence pour toutes leurs opinions et pour tous leurs besoins, sont bonnes parce que l'auteur *y trouve le plus doux des plaisirs.* Cette bienveillance peut s'étendre aux animaux.

Les *personnifications anthropomorphiques d'une cause générale pour l'univers et d'une cause particulière pour l'homme* sont des absurdités, parce qu'elles *ont toujours inspiré à l'auteur une répugnance invincible.*

La crainte ou l'espérance d'une autre vie sont des chimères *parce que l'auteur ne peut se la représenter.*

Les gens nés pour l'anthropomorphisme ne sauraient être changés par les arguments de l'auteur.

Les personnes organisées de manière à avoir de la bienveillance et de la douceur et qui *trouvent leur bonheur dans cet anthropomorphisme* plaindront l'auteur, et celles qui sont en même temps dominées organiquement par l'*anthropomorphisme et la méchanceté l'anathématiseront.*

Les gens qui sont *athées par constitution* se moqueront de l'auteur et de tous ceux qui, par suite de leur constitution, se trouvent être déistes.

Tout cela est indifférent pour l'auteur, parce qu'il n'est point organisé pour la haine, quoiqu'il soit un peu vif et un peu colère.

Du pus accumulé à la surface du cerveau détruisant nos facultés et l'évacuation de ce pus leur permettant de reparaître, il en résulte que ces facultés ne sauraient être que des actes du cerveau vivant.

Or, comme il est impossible de savoir ce que c'est qu'un cerveau et ce que c'est que la vie, les études anatomiques, physiques et chimiques, la science, en un mot, est com-

plètement stérile, elle n'engendre aucune certitude sur Dieu, l'âme, la création, la volonté, la vie, etc.

En définitive, le sentiment de chacun sur toutes ces choses étant le résultat de son organisation, ne prouve rien pour les autres.

Donc il n'y a aucune affirmation générale qui ne soit une manifestation purement individuelle. Donc il n'y a aucune vérité absolue, aucun principe de certitude. Donc il n'y a aucune conviction rationnelle.

Telle est ma croyance, s'écrie M. Broussais, en terminant cette étrange appréciation des croyances humaines. Il affirme une conviction rationnelle en même temps qu'il condamne la raison à n'être qu'une manifestation organique. C'est ainsi que l'auteur de tant d'ouvrages renommés se voit entraîné à prononcer lui-même leur néant; car ils se trouvent n'être à ses yeux que de stériles manifestations d'une individualité organique.

A quelle dégradation la doctrine matérialiste conduit l'intelligence humaine! Combien elle amoindrit les facultés de l'homme, combien elle limite sa vue, à quelles étroites proportions elle réduit sa science!

Pour le matérialiste, que signifient les rapports merveilleux qui existent entre les divers phénomènes du monde, entre la nature des êtres et celle de leurs milieux, entre les mouvements d'un système solaire et ceux d'un autre système, entre les animaux, les plantes et l'univers? Le matérialiste ne saurait apprécier ces rapports merveilleux; car le monde est pour lui le résultat d'un impondérable, du froid, par exemple, qui ainsi dispose les atômes éternels (1).

---

(1) Explication de Laplace.

Pour le matérialiste que signifient les solutions de continuité avec progression constante qui se remarquent dans la série des êtres organisés ? Le matérialiste est impuissant à comprendre cette démonstration du progrès dans la création; car pour lui le progrès dans la série c'est le mollusque fait homme par voie de développement d'un genre commun (1).

Pour le matérialiste que signifient les révélations de la géogénie, de l'embryogénie et de l'anatomie moderne comparée, de ces trois spécialités scientifiques qui montrent l'esprit de Dieu intervenant progressivement dans la création des êtres vivants? Le matérialiste ne peut s'élever à la généralité qui confond ces trois spécialités scientifiques dans un même cantique d'adoration pour le créateur de l'univers.

Pour le matérialiste que signifient l'institution du langage, la puissance des signes intellectuels sur la matière organisée de l'homme, les institutions sociales qui séparent l'homme de l'animal ? Le matérialiste ne peut s'élever qu'à la conception de ce qu'il voit et de ce qu'il touche avec ses sens grossiers, et il ne voit dans l'homme que ses vertèbres ! Il en fait un animal appartenant à la classe des vertébrés.

Repoussons de toutes nos forces les enseignements d'une doctrine qui frappe de mort tout ce qu'elle touche. Ne négligeons rien, n'attendons pas pour réunir nos efforts que l'on descende à d'aussi abrutissantes affirmations que celles que nous venons de reproduire fidèlement. N'attendons point que l'erreur se montre dans sa nudité, car alors elle cesse d'être dangereuse. Pénétrons dans les détours de la science, telle que le siècle dernier nous l'a faite et telle que nous la trouvons encore, avec la stérilité de ses résultats pra-

(1) Théorie de Lamarck.

tiques. Sachons découvrir dans les enseignements qui se répandent les conséquences qui y sont renfermées, et qui, parce qu'elles sont moins franchement exprimées, doivent nous inspirer plus de défiance. Les propensions misérables dans lesquelles les recherches scientifiques sont aujourd'hui dirigées, si on les eût respectées, eussent étouffé toute grande conception, toute appréciation élevée, et partant toute certitude, toute lumière. Hâtons-nous de franchir les limites étroites dans lesquelles on a semblé vouloir emprisonner l'intelligence humaine. Hâtons-nous de briser les chaînes dont on nous a chargés, dès nos premiers pas dans la science, et ne nous laissons point imposer le joug abrutissant du matérialisme scientifique. Étudions les faits, sans nous prosterner stupidement devant eux; étudions-les avec le levier qui les remue, qui les fait observer et qui les coordonne, avec des convictions qui éclairent et stimulent notre activité investigatrice; ne nous laissons point dominer par des phénomènes isolés; regardons librement à droite, à gauche, en haut, en bas; étendons l'horizon de nos méditations et tâchons ainsi de saisir les rapports qui unissent les phénomènes et qui en montrent l'ordre de succession et d'engendrement. Alors nous ne serons pas, ainsi que le disciple des doctrines matérialistes, plus ignorants qu'un enfant qui sait son catéchisme; nous ne serons pas comme lui réduits à n'affirmer que le néant de la science. Nous nous élèverons à l'intelligence des lois générales qui régissent le monde physique et le monde moral. Nous établirons entre ces lois les différences qu'elles manifestent, et nous ne confondrons pas dans une même explication la pesanteur des corps bruts, l'excitabilité des êtres organisés et l'activité propre de l'homme. Et non-seulement nous nous élèverons à la considération des

lois générales qui dominent la science, mais nous nous élèverons encore à la considération des lois qui régissent les sociétés. Nous repousserons la doctrine de la souveraineté de l'organisation individuelle qui méconnaît le principe chrétien de la fraternité humaine et qui anéantit tout dévouement, comme nous aurons repoussé la doctrine qui explique les merveilles de la création par *l'action des impondérables faisant varier les activités des atômes.*

Puisse la profession de foi qui a été l'occasion de ces réflexions servir à montrer aux yeux des moins clairvoyants le néant du matérialisme, comme nous croyons qu'elle l'a montré aux yeux de celui qui l'a écrite. Pourquoi, dans l'intérêt de sa mémoire, a-t-on livré au public des pages que l'intimité seule devait recueillir dans le silence d'un indulgent et respectueux souvenir?

Docteur L. CERISE.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS.

Influence des préparations mercurielles dans l'inoculation. — Caractères essentiels de la fièvre jaune. — Lettre à M. Bretonneau sur la thérapeutique. — Observations et remarques sur le mérycisme.

Archives générales de médecine (Septembre 1839).

I. — *De l'influence des préparations mercurielles sur les effets de l'inoculation du vaccin et de la variole;* par M. BRIQUET, médecin de l'hôpital Cochin. — Il résulte des expériences

de l'auteur que les applications mercurielles (emplâtres de Vigo et onguent mercuriel) ont évidemment une action altérante spéciale sur le virus variolique et sur le virus vaccin, puisqu'elles en arrêtent les effets lorsqu'elles sont faites avant le quatrième jour de l'éruption ; tandis qu'elles sont sans influence sur les autres éruptions soit de cause externe, soit de cause interne. Un fait curieux emprunté aux annales de l'inoculation vient à l'appui de cette manière de voir. Une épidémie de variole régnait à Lunebourg en 1791 (voir l'*Expérience*, n° du 20 décembre 1838). Un matin, le docteur Leutin inocula les deux enfants d'un marchand. Le soir, le plus jeune d'entre eux, petite fille de dix-huit mois, fut pris de symptômes précurseurs de la variole. Dès-lors on voulut arrêter par le mercure le développement des effets de l'inoculation qui était devenue inutile. Du calomel combiné avec du mucilage de coings fut appliqué sur les piqûres. Le quatrième jour, les pustules se développèrent chez l'autre enfant avec tous les caractères de la variole. La petite fille soupçonnée de petite vérole n'eut en réalité que des accidents d'indigestion. Cinq jours plus tard, on l'inocula une seconde fois, et alors les pustules de variole se développèrent d'une manière régulière.

II. — *Des caractères essentiels de la fièvre jaune;* par M. Louis. — On sait que M. Louis fit partie de la commission médicale envoyée en Espagne en 1829. Il résulte de ses recherches anatomiques que la fièvre jaune ne laisse point de vestiges analogues à ceux de la fièvre typhoïde; bien plus, qu'elle ne présente guère à noter comme phénomène qui lui soit propre qu'une altération de couleur et une aridité remarquable du foie. L'autopsie d'un enfant de sept ans, mort de la fièvre jaune, donnera un exemple des phénomènes cadavériques que l'on observe à la suite de

cette redoutable maladie : « *Ictère* universel..... — Traces d'infiltration sous-arachnoïdienne ; glandes de Pacchioni jaunâtres et volumineuses, pie-mère un peu injectée... Une demi-cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux... — Muqueuse de l'estomac roussâtre et jaunâtre... avec quelques taches roses près du cardia... Muqueuse de l'intestin grêle pâle et roussâtre... — *Le foie*, dont la cohésion et la consistance étaient augmentées, offrait une couleur d'un jaune clair, tendant au fauve (café au lait)... La vésicule était saine et contenait une bile liquide, d'un vert foncé ; les conduits biliaires étaient sains et libres, etc. » G.

Journal des connaissances médico-chirurgicales (Octobre 1839).

Première lettre thérapeutique à Pierre Bretonneau sur les vésicatoires ; par A. Trousseau. — Dans cette première lettre, sinon toujours simple et modeste, du moins assez spirituelle et caustique, adressée à son ancien maître, le docteur Bretonneau, le nouveau professeur de thérapeutique de la Faculté de Paris s'élève contre les théories médicales qui n'ont aucun résultat pratique. Il déclare à ce propos (et certes ce sera sans contradiction de notre part) qu'il aimerait beaucoup mieux celui qui lui apprendrait bien la manière de préparer et de contenir un cataplasme de fécule que l'habile homme qui lui ferait toucher du doigt les différences capitales qui séparent le râle ronflant du râle sonore, et ceux-ci du sibilant, et le sibilant du soufflant, et le soufflant du turturin, et le turturin du roucoulant, et le caverneux du caverneux. Après cette sortie tant soit peu

misanthropique, le professeur Trousseau avoue qu'il ne sait pas parfaitement bien encore comment il convient de panser un vésicatoire pour le faire suppurer, pour le guérir; sous quelles influences se développent ces fausses membranes qui s'épaississent en feuilles nombreuses à la surface des plaies, comment on les fait disparaître; comment on rend un vésicatoire moins douloureux, moins irritant; comment on en règle ou on en active la suppuration, etc., etc.; puis il s'occupe du mode de préparation et d'application des vésicatoires. Il passe en revue les épispastiques, et rappelle la manière dont M. Bretonneau faisait préparer les vésicatoires à ses élèves : elle consistait à mettre dans un flacon à très-large tubulure, ou même dans un pot de pharmacie tout simplement, de la poudre de cantharides et de l'huile, de manière à donner au mélange la consistance d'un électuaire. Cette masse était, sans autre préparation, abandonnée dans l'appareil des pansements, et servait à appliquer les vésicatoires. On prenait une feuille de papier dans laquelle on avait taillé une ouverture de la grandeur et de la forme que l'on voulait donner au vésicatoire. Cette feuille de papier était collée sur un morceau de sparadrap adhésif; puis, avec une spatule, on étendait dans le cercle circonscrit par la feuille de papier une léchée du mélange épispastique, dont l'épaisseur ne devait pas dépasser un ou deux millimètres; on enlevait alors la feuille de papier, et de cette manière la pommade restait sur le sparadrap sans bavure et nettement circonscrite. Il ne restait plus qu'à appliquer l'emplâtre, qui n'avait souvent pas besoin d'être maintenu, si le sparadrap était suffisamment agglutinatif. Mais, comme les cantharides n'étaient pas liées par un peu de cire ou de poix, la masse s'écaillait et tombait souvent dans les pièces d'appareil. Pour parer à cet inconvénient, après avoir préparé le vésicatoire, M. Bretonneau faisait

recouvrir les cantharides d'un morceau de papier brouillard qui les débordait un peu et qui se collait lui-même au sparadrap. L'huile saturée de cantharidine traversait le papier brouillard, était alors en contact avec la peau, et ces vésicatoires joignaient à une extrême activité une propreté bien désirable.

M. Trousseau trouve ce vésicatoire préférable à tous les autres ; mais, depuis quelque temps, il fait usage d'un autre moyen de vésication qui est aussi supérieur à celui-ci que ce dernier l'était aux autres. Il taille un morceau de papier brouillard de la forme et de la grandeur du vésicatoire qu'il veut établir ; il le colle sur une feuille de diachylon, puis il y verse quelques gouttes d'extrait éthéré de cantharides, de manière à l'imbiber légèrement, sans toutefois que l'expression pût en faire sortir une seule gouttelette. Il colle ainsi sur la peau le sparadrap, et au bout de six, sept, huit, dix, douze heures au plus la vésication est produite, comme il a pu le constater sur huit malades. La moyenne est à peu près de huit heures et demie. Cet extrait éthéré de cantharides n'est autre chose que l'huile de cantharides que l'on obtient en traitant la poudre de cantharides par l'éther sulfurique. M. Johnson, pharmacien à Paris, avait le soin d'enduire les vésicatoires d'une légère couche de cette huile. M. Trousseau, ayant remarqué qu'il réussissait mieux que les autres, en demanda la raison à son auteur, ce qui le mit sur la voie de son nouveau mode de production de la vésication. M. Trousseau ne craint pas de le préférer à celui de M. Bretonneau ; il le trouve supérieur par la rapidité et la propreté de sa préparation. Il a encore l'avantage d'être facilement transportable, puisqu'il peut être appliqué avec efficacité quinze jours après avoir été préparé. M. Trousseau en a fait l'expérience. Enfin, les vésicatoires ainsi composés coûtent

moins que les autres. Les professeurs Bouillaud et Bérard les ont déjà adoptés. Les papiers que M. Trousseau a fait préparer pour le pansement des vésicatoires contiennent pour une partie de cire jaune un dixième, un quinzième, un vingtième, un vingt-cinquième d'extrait de cantharidine, de manière que l'on a des papiers à pansement de divers numéros. M. Trousseau remet au prochain courrier le soin de s'occuper des autres moyens à l'aide desquels on emploie la vésication.

Journal de médecine pratique de Bordeaux. (Juillet 1839.)

Observations et remarques sur le mérycisme ; par M. Gintrac. — Après avoir fait remarquer que le phénomène de la rumination chez les hommes a complétement échappé à l'attention des anciens, et que Fabrice d'Aquapendente a été le premier qui en ait fait mention, M. Gintrac rapporte deux observations de mérycisme fort intéressantes. Le premier malade dont il raconte l'histoire est un prêtre plein d'esprit et d'aménité, âgé de trente-six ans, d'une constitution sèche et débile, qui naquit extrêmement faible. Sa mère l'avait conçu et porté étant en proie à de vifs chagrins. Toutefois, elle voulut l'allaiter; mais la personne dit M. Gintrac, qui avait plus particulièrement soin de sa première enfance, jugeant que le lait maternel lui serait funeste, pressait chaque jour l'épigastre et le thorax, inclinait sa tête en bas, et provoquant le vomissement, remplaçait le liquide retenu par du lait de vache. On fit cesser cette manœuvre, mais l'estomac conserva une grande dis-

position au vomissement, et peut-être la rumination commença-t-elle alors. Chez ce malade, les dents sont mauvaises, il n'y en a plus que onze, et la mastication est très-imparfaite. Les aliments d'une digestion difficile et qui restent long-temps dans l'estomac, reviennent quelquefois après les repas suivants avec ceux qui y ont été récemment introduits, sans avoir contracté aucune qualité dégoûtante. Quelques aliments remontent plus ou moins altérés, le lait, par exemple. L'haleine du malade est mauvaise pendant les deux ou trois heures qui suivent les repas. La rumination commence peu après la cessation du repas, et dure plus ou moins long-temps, selon la dose d'aliments que l'estomac a reçue. Ce malade, se trouvant atteint d'une fièvre intermittente tierce, alla consulter M. Gintrac, et ne lui parla pas d'abord de son infirmité. Ce ne fut que lorsque le sulfate de quinine eut fait disparaître la fièvre, que le malade, étonné de se voir délivré en même temps de son incommodité, en fit part à son médecin. Le sujet de la seconde observation est une petite fille âgée de quatre ans, qui, à la suite d'une dysenterie, fut atteinte de boulimie. Bientôt l'estomac surchargé commença à se débarrasser d'une portion des aliments qu'il avait reçus. D'abord ceux-ci furent entièrement rejetés ; puis, il n'y en eut qu'une portion de vomie ; l'autre fut avalée de nouveau après avoir été gardée quelques moments dans la bouche. Enfin, il n'y en eut aucune partie de rejetée ; alors, les gorgées qui arrivaient dans la cavité buccale étaient soumises à une nouvelle mastication, et définitivement avalées. A part une constipation habituelle que les lavements ne diminuaient qu'avec peine, il n'existait aucun autre symptôme de dérangement dans la santé. La préoccupation, la présence d'une personne étrangère s'opposaient au phénomène de la rumination.

L'emploi de la magnésie, du sulfate de quinine, des eaux gazeuses n'a eu aucun succès évident. Depuis que cette enfant mange moins, et à des heures réglées, qu'elle boit davantage, que son ventre est plus libre, son état s'est amélioré. Un verre d'eau fraîche, donné le matin, rend presque nulle la rumination dans le reste de la journée.

M. Gintrac rapproche ces deux faits de ceux dont ont parlé les auteurs, et distingue deux espèces de mérycisme : l'un qu'il considère comme un état vraiment maladif, comme le symptôme d'une altération grave des voies digestives, l'autre comme appartenant à une idiosyncrasie n'ayant pas de cachet pathologique, constituant tout au plus une simple névrose ou ataxie fonctionnelle. Pour ce praticien, les causes véritables du mérycisme doivent être rapportées aux circonstances suivantes :

1° Une tendance à ingérer dans l'estomac une grande quantité d'aliments ; 2° une mastication rapide et imparfaite ; 3° l'usage d'aliments peu digestibles ; 4° des pressions répétées sur l'épigastre immédiatement après les repas ; 5° une modification spéciale de la vitalité de l'estomac ; 6° l'influence de l'habitude.

Ce phénomène se manifeste ordinairement un quart d'heure, une heure et même deux heures après le repas. Il dure une heure et demie, deux heures, quatre ou cinq heures et quelquefois davantage.

M. Gintrac décrit ensuite la manière dont s'opère le mérycisme, et fait remarquer en passant que l'anatomie pathologique du mérycisme est à faire. Il pense qu'on doit s'efforcer de combattre et de faire disparaître cet état anormal et conseille principalement, pour arriver à ce résultat, la régularité du régime, le soin de ne prendre qu'une petite quantité d'aliments à la fois, de choisir ceux qui se digèrent avec le plus de facilité, et de les soumettre à une

première et complète mastication. Il conseille aussi de boire en mangeant. Le plus grand effort, dit-il, consiste à prévenir la première régurgitation, et une volonté forte peut y parvenir. Si la volonté est impuissante, il faut prescrire au malade d'avaler sur-le-champ les aliments dès qu'ils sont remontés dans la bouche. Les amers, les laxatifs, une impression vive sur l'organisme, peuvent avoir d'heureux résultats. Le mariage a une fois guéri un mérycisme.

H. S.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ITALIENS.

Abcès situé entre le larynx et l'œsophage, ouverture par l'instrument tranchant. — Abcès du foie, ouverture par l'instrument tranchant. — Guérison d'un cas d'épilepsie par l'extirpation d'une tumeur cérébriforme. — Nouveaux effets de l'emploi de la belladone sur la réduction des hernies étranglées. — Divers cas de ligature des artères iliaque externe et fémorale. — Grossesse extraordinaire compliquée de prolapsus et d'hydropisie de la matrice. — Histoire et progrès de l'ophthalmologie. — Anévrismes de l'artère fémorale, ligatures de l'iliaque externe, guérison. — Traitement du tétanos par l'électricité. — Moyen de prévenir l'avortement.

I. — *Ouverture par l'instrument tranchant d'un abcès situé entre l'œsophage et le larynx.* — Le nommé N. T., atteint d'un rhumatisme chronique, éprouva, sans cause appréciable, de la fièvre, accompagnée d'une grande gêne de la déglutition et de la respiration, gêne qui devint telle, au bout de sept

jours, que la déglutition fut tout-à-fait impossible et la respiration extrêmement difficile. L'inspection de l'arrière-gorge ne laissait rien apercevoir qui pût rendre compte des souffrances et de la position fâcheuse du malade. Mais la fièvre acquit bientôt les caractères d'une fièvre de suppuration : des frissons intérieurs s'y joignirent, et en même temps parut au côté droit du cou un large œdème, symptôme ordinaire d'une suppuration profonde. L'agitation extrême du malade, la difficulté de respirer, l'impossibilité absolue d'avaler, même une seule goutte de liquide, et le danger grave de sa position, avaient inspiré les plus vives craintes pour sa vie.

Le docteur Petrunti, appelé dans cet état de choses, le 14e jour de la maladie, appréciant les faits qui précèdent et surtout la valeur de la corrélation des divers symptômes, observa une saillie considérable du larynx, qui semblait repoussé en avant, et diagnostiqua un abcès situé entre le conduit œsophagien et la partie postérieure du larynx et de la trachée-artère. Dès-lors, se rappelant la mort funeste d'une jeune dame qui périt subitement, suffoquée par l'ouverture spontanée d'un pareil abcès dans la trachée-artère, le professeur Petrunti résolut de l'ouvrir sur-le-champ, et exécuta l'opération de la manière suivante.

Une incision fut pratiquée dans l'étendue d'un pouce environ le long du bord externe du muscle sterno-mastoïdien, en divisant les tissus couche par couche jusqu'à l'œsophage, avec les plus grandes précautions pour éviter la lésion des nerfs de la huitième paire, des vaisseaux et des nerfs récurrents. Remplaçant alors le bistouri par une petite spatule d'ivoire, dont il a coutume de se servir pour isoler les tumeurs anévrismales et enkystées, le professeur Petrunti parvint à la tumeur qui était circonscrite, et qui présentait une fluctuation bien évidente. L'opérateur a fixé

alors la tumeur avec l'indicateur de la main gauche, sur la face dorsale duquel il a glissé la lame étroite d'un bistouri qu'il a plongé dans l'abcès. A l'instant, une quantité énorme de pus , une livre environ, s'est écoulée, et le malade s'est trouvé aussitôt soulagé comme par enchantement : dès ce moment, il a pu respirer et avaler librement.

L'auteur accompagne cette observation intéressante de quelques réflexions sur le diagnostic de semblables tumeurs, et sur l'opportunité de leur ouverture anticipée. Les symptômes les plus caractéristiques qu'il signale sont la saillie de la pomme d'Adam , l'œdème du cou et la coïncidence d'une gêne plus ou moins grande dans l'acte de la déglutition et dans le passage de l'air à travers le larynx et la trachée. Quant à la question de savoir si l'ouverture de ces sortes d'abcès doit être abandonnée aux seuls efforts de la nature ou exécutée avec l'instrument tranchant , l'auteur ne balance pas à adopter ce dernier mode.

II. — *Abcès du foie, ouverture par l'instrument tranchant.* — Un homme d'un tempérament bilieux et d'un caractère violent et emporté , exposé par la nature de ses occupations aux vicissitudes de l'atmosphère , éprouva , sans cause directe, une douleur dans la région sous-costale droite , accompagnée d'un gonflement considérable dans toute la région du foie. Aux symptômes généraux qui caractérisent l'inflammation de ce viscère , et que nous nous abstenons d'énumérer , le docteur Petrunti reconnut aussitôt l'existence d'une hépatite aiguë. Il existait de plus dans l'hypochondre droit un œdème considérable, signe non équivoque d'une suppuration profonde que venait confirmer une sensation obscure de fluctuation sous la pression du doigt. Tous les genres de médication interne et externe inutilement employés n'empêchèrent pas les symptômes graves de s'accroître , à tel point que la vie du malade parut ex-

posée aux plus grands dangers. Dans une conjoncture aussi fâcheuse, le docteur Petrunti n'ignorant pas qu'il existait des cas de guérison à la suite d'ouverture spontanée de semblables abcès dans la cavité intestinale, mais sachant combien ils sont rares, et d'ailleurs présumant que le siége de l'abcès était situé dans la partie convexe du foie, se décida à en faire l'ouverture.

Le malade fut couché et un peu penché sur le côté droit; l'opérateur pratiqua une incision transversale dans le point le plus culminant et le plus fluctuant de l'abcès, entre la neuvième et la dixième côte, dans l'étendue d'un pouce et demi environ, en suivant le bord supérieur de la côte inférieure, comme pour l'opération de l'emphysème; il divisa les deux plans de muscles intercostaux, et arriva sur le foyer de l'abcès, situé dans le parenchyme propre du foie. A l'instant s'échappa, sans exercer aucune pression, une quantité prodigieuse de pus, de couleur lie de vin, qu'on peut évaluer à deux carafes environ. La plaie fut pansée avec une bandelette de linge effilé laissé dans l'ouverture, et l'on recommanda au malade de conserver soigneusement la même position pour conserver le parallélisme entre l'ouverture intérieure et l'incision de la peau. Grâce à la constance qu'il mit à exécuter cette recommandation, la suppuration eut un libre cours, et fut pendant plus d'une semaine excessivement abondante, mais bientôt diminua de quantité et acquit un caractère plus louable. La respiration, qui était auparavant très-difficile, devint plus naturelle; la fièvre diminua également et finit par cesser entièrement. Le traitement interne consista à administrer au malade des limonades végétales et minérales, de la décoction de quinquina, puis à permettre de légers bouillons, des potages, et graduellement des aliments plus solides et plus substantiels.



L'ouverture resta fistuleuse pendant trois mois environ, donnant toujours issue à une quantité de pus de moins en moins abondante ; mais bientôt l'usage intérieur des eaux de Castellammare et l'emploi local de celles d'Ischia, amenèrent une guérison complète.

Quelques réflexions cliniques terminent cette observation. L'auteur insiste surtout sur la nécessité d'empêcher l'introduction de l'air dans le foyer de l'abcès, de conserver le parallélisme entre les deux ouvertures en faisant conserver au malade une position invariable, et d'empêcher l'occlusion de la plaie extérieure avant la cicatrisation complète des parois de l'abcès. Quant au traitement interne, après que la période inflammatoire s'est écoulée et que la suppuration est établie, l'auteur recommande beaucoup l'usage des toniques, et surtout du quinquina, si propre à soutenir l'énergie générale, et à modifier avantageusement les propriétés du système nerveux.

III. — *Guérison d'un cas d'épilepsie par l'extirpation d'une tumeur de nature cérébroïde.* — Un jeune homme, âgé de vingt-cinq ans, atteint depuis son enfance d'accès d'épilepsie, portait, depuis bon nombre d'années, au côté gauche de la joue, vers l'angle de la mâchoire inférieure, une tumeur molle, indolente, sans changement de couleur à la peau, et qui ne lui occasionnait aucune souffrance. Toutefois, la coïncidence frappante qui avait été observée entre l'augmentation du volume de la tumeur et la fréquence des accès, donna l'idée au docteur Petrunti que la première pourrait bien n'être pas étrangère à la production de l'épilepsie. Il ne put cependant recueillir aucun renseignement précis sur l'époque relative de l'invasion de l'une et de l'autre maladie. Ce qui fut bien constaté néanmoins, c'est que depuis que la tumeur avait pris un accroissement

rapide, les accès épileptiformes s'étaient reproduits avec une fréquence et une intensité inquiétantes. En conséquence il résolut de débarrasser le jeune homme de sa tumeur, espérant que l'opération pourrait avoir un résultat favorable sur l'épilepsie.

L'extirpation à laquelle le malade avait consenti de bon cœur ne fut pas plutôt commencée, qu'il entra dans un tel accès de fureur que six hommes eurent de la peine à le contenir de manière à permettre l'achèvement de l'opération ; cependant à la suite d'une hémorrhagie assez abondante, qui eut lieu par la plaie, il tomba dans une sorte d'évanouissement, et l'on put terminer tant bien que mal l'enlèvement de toute la partie malade. Revenu à lui, au bout de quelques heures, il ne tarda pas à retomber dans son accès de fureur qui dura près de trois jours, mais ne se reproduisit plus. La plaie suppura pendant quelque temps, et se referma sans qu'aucun incident soit venu contrarier la marche de la cicatrisation.

Depuis lors, le malade a repris plus de gaîté qu'il n'en avait jamais eu ; ses facultés intellectuelles ont acquis un plus grand développement, et depuis quatre ans que l'opération a été faite, pas un seul accès d'épilepsie ne s'est reproduit.

IV. — *Heureux effets de la belladone sur la réduction des hernies étranglées.* — Aux faits déjà constatés qui prouvent l'efficacité de la belladone, dans la réduction des hernies déjà étranglées, le docteur Pétrunti ajoute le fait suivant :

Un cultivateur, âgé de cinquante ans, portant depuis un an une hernie inguinale mal contenue par un bandage défectueux, fit un léger effort qui donna lieu à la sortie et à l'étranglement de sa hernie ; obligé dès-lors de réclamer les secours de l'art, il s'adressa au docteur Pétrunti, qui con-

stata l'étranglement et ne put réduire la tumeur. Il prescrivit une saignée et des frictions long-temps pratiquées sur la région inguinale avec la pommade de belladone, et à l'intérieur une pilule d'extrait de la même substance toutes les heures, résolu de pratiquer l'opération dans le cas où cette médication serait sans succès.

Quel ne fut pas son étonnement lorsque, venant voir le malade le lendemain matin, il le trouva levé, assis auprès du feu, et prenant quelques aliments. Il apprit de lui que peu de temps après avoir fait la deuxième friction prescrite et avoir pris la deuxième pilule, il avait senti diminuer le resserrement qui étranglait sa tumeur, et que la hernie s'était réduite d'elle-même.

V. — *Observations de ligatures de l'artère iliaque externe et de la fémorale.* — Une première observation recueillie par M. P. Siciliani est relative à un portefaix qui, à la suite d'un effort violent, vit paraître au pli de l'aîne une tumeur anévrismale, dont le siége était au commencement de l'artère crurale. Après avoir tenté sans succès tous les moyens curatifs qui ont été successivement imaginés pour obtenir la guérison des anévrismes sans aucune opération, le professeur Pétrunti se décida à la pratiquer, et fit la ligature de l'artère iliaque externe d'après le procédé de Scarpa. Le résultat de l'opération fut on ne peut plus heureux. Au bout d'un mois, en effet, le malade était entièrement guéri.

Le professeur Portal, de l'université de Palerme, publie également l'observation non moins intéressante d'un artilleur de la marine royale, entré dans son service à l'hôpital, pour une tumeur qui depuis plus d'un mois lui était survenue dans le creux du jarret, à la suite de douleurs articulaires provoquées par une syphilis constitutionnelle. L'examen de la tumeur ne laissa aucun doute sur sa nature ané-

vrismale; elle présentait un volume énorme et une circonférence de quarante-deux pouces à la base, sans que tous les moyens curatifs employés dans la salle de médecine où il était déjà eussent pu en empêcher le développement. Le seul moyen raisonnable qui restait à tenter, était l'opération; le professeur Portal la pratiqua le 17 septembre 1838.

La ligature fut appliquée sur l'artère fémorale au milieu de l'espace triangulaire formé par le muscle couturier, la branche du pubis et le muscle adducteur.

Après les accidents inévitables, à la suite d'une opération de cette nature, la circulation qui d'abord semblait avoir cessé dans le membre après la ligature du vaisseau principal, se retablit par les anastomoses vasculaires, et le quarantième jour de l'opération, le malade quitta l'hôpital complètement guéri.

La troisième observation est relative à la ligature de l'artère iliaque externe, pratiquée par le même professeur pour un cas d'hémorrhagie grave de l'artère fémorale. Le nommé Bevilacqua, de Palerme, également atteint d'une maladie vénérienne, entra à l'hôpital pour un bubon ulcéré que l'on fut obligé d'ouvrir largement, et dont on ne put espérer d'obtenir la cicatrisation qu'en extirpant la plupart des ganglions inguinaux. Le lendemain de cette opération, le malade, se livrant à quelques efforts pour aller à la garde-robe, se sentit baigné par un liquide, et fut fort surpris de se trouver couvert de sang. Le chirurgien de garde appelé immédiatement reconnut une hémorrhagie artérielle qu'il arrêta par une compression méthodique; l'écoulement du sang pourtant ne tarda pas à se renouveler à diverses reprises, et le malade faillit même succomber à une hémorrhagie foudroyante dont on eut beaucoup de peine à se rendre maître.

Ce fut dans ces circonstances que le professeur Portal se

vit forcé de recourir à la ligature de l'iliaque externe, d'après le procédé ordinaire; cette fois le succès ne couronna pas l'opération. Le troisième jour, en effet, la gangrène se manifesta dans tout le membre, et le malade succomba.

VI. — *Cas extraordinaire de grossesse compliquée de prolapsus et d'hydropisie de la matrice.* — Une jeune femme, âgée de trente ans, déjà mère de six enfants, présentait, depuis quelque temps, des symptômes graves d'une affection utérine. Obligée de conserver la position horizontale, elle éprouvait, lorsqu'elle la quittait, une pesanteur extrême vers le périnée, et en même temps un corps volumineux se présentait à la vulve. L'utérus présentait, en effet, son orifice entre les grandes lèvres, et laissait suinter une grande quantité d'un liquide aqueux, incolore et inodore, quelquefois cependant teint d'une légère quantité de sang! La menstruation, quoique irrégulière, n'étant point supprimée, les rapports matrimoniaux pouvaient avoir lieu sans aucune souffrance pour elle; mais l'abondance de cette perte aqueuse, et l'absence de tout signe rationnel ou sensible de grossesse ne lui permettaient pas de supposer qu'elle pût être enceinte. Cette femme était depuis quatre mois dans cet état, lorsqu'elle fut examinée par une réunion de médecins et accoucheurs. Personne ne soupçonna sa grossesse; l'utérus parut seulement assez développé, mais logé en entier dans la cavité pelvienne, son col était tuméfié, et le museau de tanche lubréfié par la sérosité qui s'en écoulait ne présentait aucune dureté. Qui n'aurait à de tels symptômes diagnostiqué une hydropisie utérine? Tel fut en effet l'avis unanime de tous les médecins qui dès-lors regardèrent comme l'indication curative la plus pressante, l'application de divers exutoires, l'usage des bains chauds, des purgatifs drastiques, de la digitale, du calomel, et même du

seigle ergoté qui fut administré à dose assez forte. Le croirait-on? Une médication aussi énergique ne changea rien à l'état des choses, et l'erreur grave de diagnostic n'empêcha pas le fruit d'une grossesse assez avancée d'arriver heureusement à son terme. La jeune mère accoucha naturellement en effet d'une fille très-bien conformée, quoique assez petite, et sa grossesse ne put seulement être soupçonnée qu'au septième mois de la gestation.

A ce sujet, l'auteur de l'observation se livre à quelques réflexions judicieuses sur la cause et le siége de l'hydropisie de la matrice. Dans les cas douteux de grossesse ou d'hydropisie de l'organe gestateur, il recommande le précepte de Mauriceau, qui veut que, dans de semblables conjonctures, le meilleur remède soit d'attendre avec patience l'époque présumée du terme de la gestation. Les exemples n'ont pas été très-rares dans lesquels des femmes enceintes ont été crues atteintes d'hydropisie ascite, et l'on sait que Cotugno avait ordonné la paracenthèse chez une femme grosse, qui accoucha d'un garçon peu de temps avant qu'on lui pratiquât l'opération.

VII. — *Histoire et progrès de l'ophthalmologie.* — Dans un savant article consacré à ce sujet, le docteur Salvadore Alessi prend cette branche de l'art de guérir à son origine, qu'il fait remonter au dix-septième siècle. Les avantages qui sont résultés pour l'humanité des progrès de cette science sont si précieux que Morand était étonné de voir que tandis qu'on élevait des statues à des hommes qui avaient découvert des étoiles, on n'en élevât pas une à Cheselden, qui, dans un cas de cataracte congéniale, avait le premier, par une opération nouvelle, dévoilé le ciel à un aveugle né.

Les premiers travaux qui aient donné l'impulsion aux

études ophthalmologiques spéciales remontent à Sœmmering, Morgagni, Demony père, Mascasgni, Descemet, Petit, John Taylor, Wardrop, etc. Leurs recherches et leurs expériences, sur l'organe et sur le sens de la vue, donnèrent naissance à l'ophthalmologie, que cultivèrent plus tard avec tant d'honneur et de succès Barth. Richter et Beer, en Allemagne; Ware, Schmidt, Adams, en Angleterre ; Daviel, Janin, Wenzel, en France; et Scarpa, Santarelli et Assalini, en Italie.

Ce fut à cette époque de progrès scientifiques que parut Képler. En assignant à chaque partie de l'œil sa fonction spéciale, il fit disparaître les erreurs grossières qui jusque-là avaient été accréditées dans la science; aussi le cristallin cessa-t-il d'être regardé comme l'organe essentiel de la vision, et n'attribua-t-on plus désormais à ce corps qu'une propriété réfrangible sur les rayons lumineux qui arrivent dans l'œil.

Les connaissances anatomiques et physiologiques acquises sur cet organe firent nécessairement éprouver à la pathologie de l'œil une révolution progressive. Aussi maître Jean démontra-t-il d'une manière incontestable la doctrine de Lasnier, qui soutenait que la cataracte n'était pas, comme on le croyait généralement, une pellicule accidentellement formée sur le globe oculaire, mais bien une opacité du cristallin. Après lui, de la Hire, Freytag, Morgagni, Muralt, Didier, Heister et Chapuzeau, démontrèrent à leur tour, d'une manière évidente, que cette maladie n'était pas toujours due uniquement à l'opacité du cristallin, mais qu'elle résidait quelquefois dans l'opacité de la capsule, dans celle de l'humeur de Morgagni, ou bien simultanément dans plusieurs de ces parties à la fois.

Dès-lors, la cataracte et ses variétés devinrent le but de nombreuses recherches; on étudia le moyen de diriger contre cette maladie un traitement efficace, et en désespoir de

cause on s'avisa de l'atteindre avec l'instrument. Cet essai réussit ; alors parurent les différents procédés que l'on connaît aujourd'hui, l'abaissement, la réclinaison, le broiement, l'extraction par la sclérotique, et enfin l'extraction par la cornée.

Un pas immense venait d'être fait dans l'histoire de cette maladie si commune, et surtout dans son traitement ; les sociétés savantes et les chirurgiens instruits discutèrent alors la valeur relative de chacun des procédés imaginés, et purent, selon les circonstances particulières, appliquer celle de ces méthodes qui paraissait réunir en sa faveur le plus de chances favorables. Ainsi on préféra généralement, pour les enfants en bas-âge, le broiement ou la double dépression du professeur Quadri ; pour l'adulte, la kératotomie ; et pour le vieillard, l'abaissement par la sclérotique, tel qu'on le pratique aujourd'hui.

Néanmoins, des hommes exclusifs, partisans d'un procédé opératoire unique, levèrent en vain la voix pour faire proscrire les autres du domaine de la science ; ils n'y réussirent pas ; les procédés anciens sont demeurés dans la pratique ; seulement deux d'entre eux, plus généralement applicables et le plus souvent appliqués, l'abaissement et l'extraction, se partagent les suffrages des praticiens.

Quelques questions devaient naturellement se présenter qui méritaient, sans contredit, les honneurs d'un examen et d'une discussion sérieuse. Ces questions étaient : l'opportunité d'opérer dans une saison plutôt que dans une autre ; d'opérer successivement ou simultanément les deux yeux quand ils sont tous deux frappés de cataractes ; d'opérer ou de s'abstenir dans le cas d'un seul œil cataracté ; enfin, d'établir quel était le traitement général le plus opportun pour assurer les chances de l'opération. Ces ques-

tions furent discutées en effet, et résolues diversement par les uns et par les autres.

L'ophthalmologie ne borna pas ses découvertes et ses progrès à l'opération de la cataracte. Plus tard, d'autres découvertes non moins heureuses illustrèrent leurs inventeurs. On imagina, en effet, une opération nouvelle presque aussi hardie que la précédente, mais présentant bien plus de difficultés qu'elle, je veux parler de la pupille artificielle. Cheselden, Maunoir, Janin, Sharp, Adams, Odhelins, Guérin, la pratiquèrent en incisant seulement l'iris ; d'autres, tels que Walter, Physick, Demours, Wenzel, Coulon, en réséquèrent une partie; tandis que Scarpa, Assalini, Langebeck, etc., se contentèrent de détacher une portion de sa grande circonférence.

L'étude des maladies des voies lacrymales fit à son tour d'immenses progrès. Grâce au génie des Anel, Laforest, Méjean, Petit, Monro, Dupuytren, Pellier, Scarpa, Maunoir, Herveng, etc., cette branche de l'ophthalmologie put marcher l'égale des autres.

Le traitement curatif du renversement des cils en dedans, qui depuis long-temps avait fait sentir le besoin d'un moyen qui pût en changer la direction vicieuse, fit aussi d'utiles progrès. Outre l'antique méthode de Celse parurent les procédés de Helling, Schreger, Sounder, Adams, Vacca-Berlinghieri, etc.

Nous serions injustes envers nos contemporains, si, nous contentant de nommer les auteurs qui nous ont précédés, nous ne faisions une mention honorable de la part que la chirurgie actuelle a prise aux brillants progrès de l'ophthalmologie. Aussi nous plaisons-nous à nommer parmi ceux qui ont contribué à étendre les limites de cette science les Graeffe, Jaeger, Rosas, Weller, Juengken en Allemagne; Velpeau, Sichel, Carron du Villards, Sanson, Stœber, Fur-

nari en France; Quadri, Riberi, Flarer en Italie; et Lawrence et Mackensie en Angleterre.

(*Filiatre-Sebezio*, genaro, febrajo, marzo, aprile, maggio, giugno 1839.)

VIII. — *Anévrismes de l'artère fémorale; ligatures de l'iliaque externe.* — Nous avons déjà cité, au commencement de cet article, deux observations de ligatures des artères iliaque externe et fémorale, pratiquées par les professeurs Petrunti et Portal. Nous nous contenterons de mentionner ici deux nouvelles observations rapportées avec les plus grands détails dans le *Memoriale della medicina contemporanea.*

Le premier cas est relatif à un homme de trente-neuf ans, qui, pendant son enfance, avait éprouvé une affection de l'articulation coxo-fémorale, dont il lui était resté une légère claudication. Exposé par son état à soulever de lourds fardeaux et à faire supporter le poids de son corps ainsi chargé sur le membre inférieur gauche, il éprouva au pli de l'aine correspondante un engorgement à la disparition duquel succéda une tumeur anévrismale dans la même région.

La seconde observation est relative à un nommé Pallu, garçon d'écurie, adonné à des excès de boissons spiritueuses. Le 8 août 1839, il éprouva, sans cause appréciable, au pli de l'aine droite, une douleur profonde qui s'étendait dans toute la cuisse et même dans la jambe du même côté. A cette douleur succéda bientôt une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon qui ne laissa aucun doute sur sa nature anévrismale.

Dans l'un et l'autre des deux cas qui précèdent, il s'agissait d'un anévrisme de l'artère fémorale commune, contre lequel on avait essayé en vain tous les modes de traitement avant d'en venir à l'opération de la ligature de l'ilia-

que externe, qui fut pratiquée par le docteur Medoro de Padoue, d'après le procédé d'Abernethy. Un heureux résultat couronna ces deux opérations : les deux malades guérirent, en effet, dans les trente-cinq jours environ qui la suivirent.

IX. — *Traitement du tétanos par l'électricité.* — Le cahier du mois de février 1839 du *Memoriale della medicina contemporanea* rapporte l'abrégé d'un travail du docteur Charles Farini, lu à la Société médico-chirurgicale de Bologne. Dans ce travail, extrait du *Bulletin des sciences médicales de Bologne*, qui a pour objet le traitement du tétanos par l'électricité, l'auteur reconnait avec franchise et simplicité, que, dans l'état actuel de la science, la nature du tétanos est encore un problème insoluble, et qu'il n'y a malheureusement aucune médication spécifique et certaine pour le combattre. Pour énumérer, en effet, les substances qui ont été vantées ou employées contre cette affreuse maladie, il faudrait nommer, à peu de chose près, toutes celles qui sont mentionnées dans un traité de matière médicale.

Dans cet état de choses, le docteur Farini, connaissant le résultat des expériences de Matteucci et de Nobili relatives à l'action du fluide électrique sur l'économie animale, résolut d'en essayer l'application contre le tétanos, et à ce sujet il rapporte l'observation qui suit :

Le nommé Dominique Branzanti, âgé de cinquante-un ans, reçut au-dessus de la malléole interne du pied gauche un coup de fusil chargé avec du gros plomb de chasse. Après la cicatrisation (qui fut assez prompte) de la plaie résultant du coup de feu, des symptômes tétaniques se manifestèrent. Ils débutèrent d'abord par un trismus bien caractérisé accompagné de mouvements spasmodiques dans les membres et suivi bientôt après d'opisthotonos.

Recueillant alors les lumières de confrères instruits sur l'opportunité de l'emploi de l'électricité dans le cas dont il s'agit, et ne trouvant aucune opposition, le docteur Farini en fit l'application de la manière suivante :

Au moyen d'une pile de trente à trente-cinq couples, de trente centimètres de largeur, mise en jeu avec de l'eau salée et légèrement acidulée, un courant électrique fut dirigé, tantôt du sacrum, tantôt du bas-ventre, et tantôt de la jambe au cou, mais toujours en sens inverse des ramifications nerveuses. Pendant la durée de cette opération (vingt à trente minutes), le liquide de la pile était renouvelé une fois.

Cette application fut répétée six fois en soixante-dix heures, et chaque fois le malade semblait plus calme ; le resserrement des mâchoires et la raideur des muscles paraissaient aussi diminuer un peu. Sous l'influence du courant électrique, la calorification était augmentée, la sécrétion urinaire provoquée, la transpiration de la peau rétablie, et la circulation capillaire activée. Malheureusement cette amélioration n'était pas permanente et cessait une demi-heure environ après l'opération ; en sorte que l'état du malade s'aggrava, et il finit par succomber après une agonie, qui, il faut le dire, ne fut en rien comparable à l'horrible agonie à laquelle succombent d'ordinaire les individus atteints du tétanos.

L'autopsie fut faite trente heures environ après la mort. L'ouverture du crâne ne présenta rien d'anormal dans le cerveau ; la moelle épinière, au contraire, laissa voir quelques désordres pathologiques. Elle était ramollie dans la région lombaire, et entièrement désorganisée dans les nombreuses ramifications qui forment la queue de cheval. Ses vaisseaux étaient engorgés de sang, et une légère quantité de sérosité était épanchée entre elle et ses enveloppes.

L'incision des téguments à l'endroit de la cicatrisation

de la blessure du pied fit voir quelques points en suppuration dans la gaîne des tendons; cette suppuration était entretenue par la présence de quelques plombs situés profondément dans l'épaisseur des tissus.

X. — *Moyen de prévenir l'avortement.* — Le professeur G. Sannicola, convaincu que la plupart des avortements, non provoqués par des causes extérieures, tiennent à l'état habituel de constipation chez les femmes enceintes, recommande un moyen fort simple capable d'empêcher l'accouchement prématuré. Ce moyen consiste simplement dans l'usage fréquent de lavements d'eau simple avec deux cuillerées d'huile d'olive, à prendre tous les deux jours, à dater des premiers mois de la grossesse, lorsqu'il y a constipation.

(*Memoriale della medicina contemporanea*, genaro, febrajo, marzo, aprile.)

G. VIGNOLO.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Septembre 1839.)

Théorie du procédé Daguerre. — Du lait, de ses altérations et du colostrum.— Étiologie générale des déviations latérales de l'épine par rétraction musculaire active.

Les séances de l'Académie des sciences ont été presque toutes consacrées à des sujets étrangers aux sciences médicales; nous ne parlerons dans ce compte-rendu que des travaux qui peuvent intéresser nos lecteurs.

Séances des 16 et 23 septembre. *Théorie du procédé Daguerre.* — Nous avons rendu compte dans le dernier cahier de la *Revue* du procédé à l'aide duquel M. Daguerre est parvenu à fixer les images photogéniques sur ses plaques métalliques. Dans la séance de ce jour, M. Donné communique les résultats des recherches qu'il a faites dans le but d'arriver à savoir ce qui se passe dans les différents temps de l'opération.

En observant avec un grossissement de 150 à 200 fois la plaque simplement préparée à la vapeur d'iode, il a vu que la mince couche déposée à la surface de l'argent est uniforme, homogène, et ne présente aucune apparence qui indique que l'iode y soit à l'état cristallin. D'ailleurs, cette couche ne s'évapore pas lorsqu'on soumet la plaque de métal à une température élevée, de sorte qu'il y a, suivant M. Donné, double raison de croire que l'iode est réellement combiné à l'argent, et que la couche jaune d'or est un véritable iodure.

Maintenant cette couche est très-adhérente à l'argent au moment où l'on retire la plaque de la vapeur de l'iode, et avant de l'avoir exposée à la lumière; ainsi elle résiste fortement au frottement du doigt ; mais il se produit une modification importante dans cette couche sous l'influence de la lumière ; l'effet de la lumière est de détruire son adhérence avec la surface du métal sur laquelle cette couche repose, de telle sorte qu'après son exposition à la lumière, la plus légère friction suffit pour la détacher. Or, voici ce qui se passe lorsqu'on expose à la vapeur mercurielle la plaque métallique préalablement exposée, dans la chambre obscure, à l'action des rayons lumineux. Sur les parties éclairées de l'image, la couche d'iodure n'ayant pas d'adhérence avec la plaque, ne préserve pas l'argent de l'action du

mercure ; aussi voit-on manifestement, après l'opération, ce métal condensé en petites gouttelettes très-sensibles au microscope, ainsi que l'avait déjà observé M. Dumas, sur tous les points frappés par la lumière; tandis que, dans les parties ombrées, la couche d'iodure, toujours adhérente, n'a pas permis à la vapeur mercurielle de s'y fixer; c'est encore ce que démontre l'inspection microscopique : on ne trouve pas de globules de mercure dans les points tout-à-fait sombres, et l'on en aperçoit quelques-uns seulement dans les demi-teintes.

Quand on expose aux vapeurs mercurielles la plaque que l'on vient de recouvrir de sa mince couche d'iode, et sans avoir permis à la lumière d'agir sur cette couche, il ne se fixe pas à sa surface de globules de mercure. Cette couche d'iode non modifiée s'oppose à tout amalgame, et c'est là ce qui explique la difficulté que l'on éprouve à faire des dessins photogéniques quand on a laissé la plaque trop long-temps exposée à la vapeur de l'iode, c'est-à-dire quand on a un enduit assez épais pour que l'action de la lumière n'en modifie que la surface, et non toute l'épaisseur.

M. Golfier-Besseyre adresse également une théorie de la formation des images photogéniques. D'après les observations de ce chimiste, la feuille d'argent préparée convenablement présente, quand on l'examine au microscope, une surface toute mamelonnée, mais très-brillante. Si on l'examine après qu'elle a été recouverte d'une quantité suffisante de vapeur d'iode, son éclat est terni, son aspect est soyeux, et il s'y fait un mouvement très-réel d'autant plus rapide que la lumière est plus intense.

M. Besseyre pense que la lumière agit sur l'iodure d'argent absolument comme la chaleur. D'après cela, le chlorure et l'iodure d'argent sont fusibles et susceptibles l'un

et l'autre de prendre cette apparence que les anciens appelaient *lune cornée.* D'ailleurs, d'autres observations faites sur les chlorure et iodure d'argent tendent à faire croire, que, dans le cas qui nous occupe, la lumière n'agit sur l'iodure d'argent qu'en modifiant son état moléculaire, qu'elle en fait un corps isomère.

M. Golfier Beyssère a, relativement à l'action du mercure sur les parties modifiées et non modifiées de l'iodure d'argent, à peu près les mêmes idées que M. Donné. De plus, il cherche à se rendre compte de la nécessité d'incliner sur un angle de 45° la plaque qu'on expose à cette action. Mais, comme on dit d'ordinaire, qui prouve trop ne prouve rien, et l'explication de M. Besseyre, si on l'admettait, prouverait qu'il ne doit point y avoir formation de l'image quand on expose la plaque au mercure dans une position horizontale. Cependant, ainsi que le fait remarquer M. Arago, il y a image formée, et seulement cette image, qui ne se voit point quand on la regarde en face, a besoin, pour être vue, d'être regardée obliquement sous un angle d'environ 45°.

M. le docteur Donné annonce en outre à l'Académie qu'il est parvenu à graver les images obtenues par le Daguerréotype et à les reproduire par impression. Il met sous les yeux des académiciens des essais d'épreuves et de plaques gravées, et il espère arriver à une perfection beaucoup plus grande; plus tard, il communiquera un travail sur ce sujet, et présentera des dessins d'anatomie microscopique exécutés par le même procédé.

Du lait, de ses altérations, et du colostrum. — M. Donné lit un mémoire sur ce sujet, faisant suite aux recherches qu'il a déjà soumises au jugement de l'Académie. Les conclusions de ce mémoire peuvent être résumées dans les propositions suivantes :

Le lait est un liquide tenant en dissolution le caseum, comme le sang contient la fibrine, un sucre particulier et des sels, et en suspension des globules de matière grasse ou de beurre.

La solubilité des globules laiteux dans l'alcool et l'éther, qui ne dissolvent pas le caseum, d'une part; et, de l'autre, le défaut d'action de la solution aqueuse d'iode, qui ne colore pas les globules du lait, tandis qu'elle colore le caseum en jaune, comme elle le fait pour toutes les matières organiques azotées, prouvent que le caseum ne fait pas partie des globules, et qu'il n'est pas à l'état concret dans ce fluide.

Tous les globules du lait peuvent être retenus par le filtre, et la liqueur filtrée, transparente comme de l'eau, laisse déposer le caseum sous l'influence des acides; cette expérience prouve encore que le caseum est à l'état de dissolution, et, en outre, que la couleur blanche du lait tient à la matière grasse qui y est suspendue à l'état de globules très-divisés. Le lait peut donc être considéré comme une émulsion.

Le premier phénomène que présente le lait abandonné à lui-même est l'ascension de la crême; la crême est formée par les globules laiteux qui se rassemblent à la partie supérieure, par l'effet de leur pesanteur spécifique; au-dessous de la crême se trouve le lait proprement dit, dans lequel on distingue encore deux couches moins nettement séparées, l'une supérieure, plus blanche; l'autre inférieure, un peu verdâtre et demi-transparente. Ces différences de nuances ne tiennent qu'au plus ou moins de globules laiteux en suspension dans les différents points du liquide; ces globules occupant le lieu déterminé par leur poids spécifique, la crême existe donc dans le lait au moment où il sort des organes, et le lait et la crême ne diffèrent l'un

de l'autre que par la proportion des globules gras ou butyreux.

Le second phénomène que l'on remarque dans le lait abandonné à lui-même, est son passage à l'état acide, d'alcalin qu'il était en sortant des organes ; peu à peu la crème s'épaissit, le caseum se coagule, des gaz se dégagent, l'odeur de fromage de Brie se manifeste, le microscope montre une foule d'animalcules et de végétaux infusoires.

Il faut distinguer le rôle que jouent dans cette décomposition ou fermentation : d'une part, la crême, c'est-à-dire la partie grasse non azotée ; et de l'autre, le caseum, c'est-à-dire la matière azotée ; pour cela, il est nécessaire de séparer ces deux éléments par le filtre. On remarque alors que la crême devient rapidement très-acide, tandis que le sérum, privé de matière grasse, et tenant en dissolution le caseum, tend à subir la fermentation alcaline ou

Les végétaux infusoires, que l'on voit se produire dans ce cas, ne se montrent que long-temps après que le lait est passé à l'état acide ; on ne peut donc pas les considérer comme causes de la fermentation acide, ainsi qu'on le fait pour les végétaux découverts par M. Cagniard-Latour dans le liquide où se manifeste la fermentation alcoolique ; quant aux animalcules infusoires, ils existent tout aussi bien dans la partie alcaline que dans la partie acide du lait en fermentation.

Les végétaux microscopiques du lait, figurés par M. Turpin comme résultant de la transformation des globules laiteux eux-mêmes, se développent également à la surface du beurre, même préalablement fondu et traité par l'éther, de même qu'à la surface du lait filtré et privé entièrement de globules.

Le meilleur procédé pour la conservation du lait est,

après tout, celui qu'emploient les cuisinières. L'ébullition ménagée au bain-marie, dans des vases que l'on bouche ensuite hermétiquement, réussit mieux que tout ce qu'ont essayé jusqu'à présent les chimistes.

Le beurre, résultant de l'agglomération des globules gras du lait, peut être obtenu dans le vide, dans le gaz acide carbonique, dans l'hydrogène en contact avec les alcalis, etc.; on ne peut donc pas admettre qu'il se produise sous l'influence de l'air par suite d'une combinaison de l'oxigène ou d'une acidification, et les théories que l'on a données jusqu'ici de sa formation sont insuffisantes.

Il existe un rapport constant entre la sécrétion du colostrum chez les femmes avant l'accouchement, et la sécrétion du lait après le part ; les femmes, sous ce rapport, se divisent, selon M. Donné, en trois classes : 1° celles chez lesquelles la sécrétion du fluide lacté est presque nulle jusqu'à la fin de la gestation, et ne présente qu'un liquide visqueux contenant à peine quelques globules laiteux mêlés de corps granuleux rares. Dans ce cas, le lait est pauvre et peu abondant aprés l'accouchement ; 2° le colostrum est plus ou moins abondant, mais pauvre en globules laiteux, qui sont petits, mal formés et souvent mêlés, outre les corps granuleux, de globules muqueux. Ces caractères en indiquent une plus ou moins grande quantité, mais ce lait est pauvre et séreux ; 3° enfin, un colostrum riche en globules laiteux réguliers, d'une bonne grosseur, et n'étant mélangé d'aucune autre substance que les corps granuleux, annonce généralement un lait abondant, riche et de bonne qualité.

Relativement à l'influence de l'âge sur les nourrices, M. Donné pense que, dans le peuple de Paris, il est rare d'en trouver une bonne après 30 ans, tandis que celles de la campagne sont dans toute leur force à cet âge. Relative-

ment à l'influence des localités sur la mortalité des enfants, il résulte des tableaux de l'administration que cette mortalité est le moins grande possible dans les pays aisés, peuplés de bestiaux, et surtout de vaches : la Normandie occupe le premier rang sous ce rapport. La couleur de la peau, des cheveux, ne paraît pas avoir l'influence qu'on lui attribue généralement. Seulement, dans un nombre de 400 femmes, 9 qui avaient les cheveux roux n'ont présenté que 5 bonnes nourrices. Le développement du mamelon, la couleur brune ou du moins bien marquée de l'auréole qui l'entoure, une certaine fermeté des mamelles, s'accordent mieux avec l'abondance et les qualités du lait que les caractères opposés ; enfin, les conditions extérieures qui paraissent les plus importantes à cet égard, sont un certain état d'embonpoint général, et celui des mamelles en particulier, dans une proportion modérée.

Étiologie générale des déviations latérales de l'épine par la rétraction musculaire active. — M. J. Guérin lit un mémoire sur ce sujet : 1° *Existe-t-il des exemples de déviation de l'épine accompagnée d'altérations matérielles des centres nerveux, et évidemment causées par ces altérations?* L'auteur résout cette question par l'affirmative, et apporte en faveur de son opinion des preuves tirées d'observations de fœtus monstres et de sujets vivants. Chez les uns et les autres, une altération pathologique plus ou moins étendue de la moelle épinière ou du cerveau coïncidait avec une difformité du système osseux, d'autant plus grande que ces lésions étaient plus étendues. Cette difformité était quelquefois rendue permanente par un raccourcissement et une tension extrême des muscles intermédiaires.

2° *Existe-t-il, en l'absence d'altérations des centres nerveux, des moyens certains de reconnaître qu'une déviation de l'épine est le produit de la rétraction musculaire active, mise en jeu par une*

affection nerveuse? Ces moyens sont de deux ordres et constituent deux genres de caractères des déviations par rétraction musculaire active. Les premiers consistent dans les effets multiples de la maladie autres que la difformité, tels que des traces générales d'anciennes maladies nerveuses, une apparence de convulsions dans la figure, l'inégalité des deux moitiés de la face, le tiraillement des traits, le strabisme, l'inégalité des yeux et de leur faculté visuelle, quelques traces de paralysie, des rétractions simultanées d'autres muscles, etc.

Les seconds consistent au contraire dans un ensemble de caractères directs appartenant à la difformité, et qui lui impriment une physionomie propre. Parmi eux, l'auteur signale d'abord l'identité des formes propres à la déviation accompagnée d'une altération matérielle des centres nerveux, et celles de la difformité de la même origine, mais qui est dépourvue des traces directes de la maladie : dans les deux cas, elles ont le même siége, la même direction, le même nombre de courbures, les mêmes reliefs et les mêmes dépressions, etc. Mais cette identité de formes peut être ramenée à des caractères élémentaires qui émanent de l'essence même de la rétraction musculaire active et de ses rapports immédiats avec les parties de la colonne qu'elle déplace ; tels sont : le raccourcissement du muscle ou des muscles activement rétractés, lesquels, rigoureusement adaptés à l'espace compris entre leurs points d'insertion, se montrent sous les apparences de brides ou de cordes tendues, saillantes sous la peau, extrêmement dures, de consistance fibreuse ; ces effets de la rétraction active ne peuvent être confondus avec ceux de la rétraction passive, en ce que les muscles passivement raccourcis conservent leur consistance primitive, sont mous, peu résistants et tendent plutôt à passer à l'état graisseux. De plus, il existe un

accord parfait entre le siége et la direction des formes de la déviation et le siége et la direction d'action des muscles qui les déterminent. Ce rapport commun à toutes les difformités du système osseux de la même nature se répète rigoureusement dans toutes les variétés des déviations de l'épine et devient la base de l'histoire anatomique de ces variétés. Enfin, l'auteur signale comme un dernier ordre de caractères les différents modes de distribution de la rétraction active dans les muscles du dos, dont un ou plusieurs ou tous peuvent être rétractés, ou un seul faisceau particulier seulement ; d'où les manifestations, les reliefs différents de cette rétraction, qui peut d'autant mieux se lire, que les contrastes résultant de ses caractères et de ceux de l'état musculaire normal sont plus rapprochés et par conséquent plus sensibles.

La rétraction musculaire n'est pas seulement mise en jeu par les maladies profondes du cerveau ou de la moelle ou par les altérations matérielles des nerfs qui se distribuent aux muscles rétractés ; elle se manifeste aussi sous l'influence d'un grand nombre de maladies qui prennent accessoirement le système nerveux pour intermédiaire et qui réalisent incidemment ou consécutivement la rétraction de certains muscles à la suite de convulsions générales passagères, ou par le moyen de simples contractures des muscles directement atteints et entièrement isolés. Ces cas se montrent fréquemment dans presque toutes les maladies de l'enfance, les maladies éruptives, la dentition, les fièvres de toute nature, les moindres accidents morbides, à la suite desquels un ou plusieurs muscles peuvent se montrer et rester rétractés. La rétraction peut avoir encore une origine purement extérieure et locale : des plaies, des chutes, des coups, des contusions des muscles de l'épine amènent leur rétraction, comme cela a lieu

d'une manière plus sensible dans les muscles du mollet; dans ces cas, l'altération nerveuse ne peut être constatée directement; mais elle est légitimement induite de la lésion même de la motilité du muscle.

3° *Existe-t-il des moyens certains de distinguer les déviations qui sont le produit de la rétraction musculaire active de celles qui sont dues à d'autres causes?* L'auteur avait résolu depuis long-temps cette question, en établissant une loi générale d'après laquelle les causes essentielles des difformités du système osseux possèdent une telle spécificité d'action à l'égard des déformations auxquelles elles donnent naissance que chacune de ces causes se traduit à l'extérieur par des caractères qui lui sont propres, et à l'aide desquels on peut en général, par la difformité, diagnostiquer la cause, et par la cause, déterminer la difformité.

L'auteur termine en montrant que non-seulement la rétraction musculaire active a la plus grande part parmi les causes essentielles de déviations, mais qu'elle exerce même une action partielle dans la réalisation de chacune de celles qu'elle ne produit pas exclusivement.



ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

(Septembre 1839).

Absence complète du vagin. — Épidémie de fièvre jaune. — Luxation congéniale du fémur. — Arsenic naturellement contenu dans le corps de l'homme. — Section de la portion sternale du muscle sterno-mastoïdien. — Ligature de l'artère crurale.

SÉANCES DES 3, 10 ET 17 SEPTEMBRE. — *Absence complète du vagin.* — M. Capuron rend compte à l'Académie d'une observation de M. Manoury, de Chartres, relative à un cas

d'absence complète du vagin, qui nécessita chez une jeune fille la ponction avec le trois-quarts, puis la dilatation à l'aide de sondes élastiques. La malade était âgée de dix-sept ans; des symptômes graves s'étaient développés; et quelque temps avant, tous les mois, des phénomènes annonçant l'établissement de la sécrétion menstruelle avaient éveillé l'attention du médecin, qui constata l'absence du vagin. M. Manoury, appelé en consultation, reconnut le même vice de conformation, et décida, après avoir introduit une sonde dans la vessie et le doigt dans le rectum, à travers la paroi antérieure duquel il reconnaissait facilement la face inférieure de la vessie, que le vagin ne séparait pas ces deux cavités. La pénétration avec le trois-quarts dans le lieu occupé habituellement par le vagin fit arriver sur un cul-de-sac fibreux, qui fut traversé, et consécutivement dilaté par le moyen de sondes de gomme élastique. Le sang des règles put prendre sa voie naturelle; on constata la présence du col utérin. Bientôt des phénomènes généraux se développèrent : l'amaigrissement était profond ; il y avait de la fièvre avec redoublement, etc. ; la malade succomba vers le dixième mois. L'autopsie ne put malheureusement être faite, les parents s'y étant refusés obstinément.

M. le rapporteur, rapprochant de cette observation le cas heureux d'opération, lorsqu'il s'agissait de simples imperforations vaginales, pense qu'il n'en est pas de même lorsque le vagin n'existe pas; alors il ne faut pas songer à opérer, sous peine de compromettre d'une manière presque assurée la vie des malades et les ressources de l'art. Au reste, dit-il, ce fait est important sous le rapport de la science et de la pratique; en conséquence, je vous propose d'adresser des remercîments à l'auteur et de publier cette observation.

M. Moreau n'adopte pas l'opinion de M. Capuron sur le rejet de tout traitement dans des circonstances analogues à

celles dont il vient d'être question. Il est bien vrai que de Haen eut le malheur de perforer la vessie, que Dupuytren, que Dubois, etc., ont eu des insuccès; mais M. Wuillaume, de Metz, a réussi; mais M. Amussat a été aussi heureux dans un cas fort grave dont il a communiqué les détails à l'Académie. Et, ne réussirait-on qu'une fois sur mille, comme les femmes affectées de cette infirmité sont inévitablement vouées à la mort, je crois, dit M. Moreau, qu'on doit tout tenter pour les guérir.

M. Velpeau fait remarquer que la question dont il s'agit est complexe, que les lésions du vagin qui, en dernière analyse, donnent lieu aux mêmes résultats, peuvent se rapporter à trois classes: 1° Ou il s'agit d'une absence complète du vagin, et on ne le sait le plus ordinairement qu'à la puberté lorsque la menstruation ne peut s'établir; 2° ou bien l'oblitération s'est faite dans l'âge adulte, par suite d'un accident, d'une inflammation; 3° enfin, l'occlusion existe chez des femmes devenues enceintes, et qui, par suite de la présence de cette bride ou de cet obturateur, ne pourront accoucher. On comprend facilement que chez les jeunes filles impubères, que chez les femmes parvenues déjà à un certain âge, on ne doit pas opérer; qu'il en sera tout autrement s'il y a grossesse ou rétention des menstrues. Alors la vie de la femme est compromise, l'accouchement ne saurait avoir lieu; il faut donc apporter un remède prompt et efficace. Souvent il y a urgence d'opérer, non-seulement si le travail de l'accouchement a commencé, mais s'il s'est formé de ces tuméfactions souvent énormes dans le ventre, par suite de la rétention forcée et anormale des menstrues.

Épidémie de fièvre jaune. — M. Rochoux lit, au nom de M. Chervin et au sien, un rapport sur la relation de deux épidémies de fièvre jaune observées, par M. Maës, à la Havane pendant l'année 1837, et sur la frégate l'*Herminie*;

en 1838. L'auteur du mémoire était chirurgien de ce bâtiment.

Avant de commencer l'analyse du travail de M. Maës, M. le rapporteur expose son opinion personnelle sur la fièvre jaune; suivant lui, c'est une inflammation de l'estomac, des intestins et des vaisseaux biliaires, et une phlegmasie du cerveau et de ses membranes, lorsque les symptômes cérébraux ont été poussés très-loin. Cette phlegmasie, qui s'accompagne dans son développement et sa progression d'un appareil fébrile, est essentiellement différente des fièvres intermittentes, rémittentes, etc.; elle réclame nécessairement un traitement antiphlogistique énergique. Quant à ses causes, il faut les chercher d'abord dans une disposition organique, et l'*inacclimatement* ou l'influence météréologique d'un climat si différent de celui des zones tempérées. Cela est si vrai que les créoles, chez lesquels cette dernière condition n'existe pas, ne sont pas atteints de la fièvre jaune, non plus que les étrangers qui ont déjà deux années de séjour dans les colonies.

M. Rochoux pense que l'auteur du mémoire a confondu souvent des fièvres intermittentes avec la fièvre jaune proprement dite, ce qui explique pourquoi, dans les chiffres qu'il donne, la mortalité, au lieu d'être d'un tiers, ce qui a lieu le plus ordinairement, n'est que d'un cinquième.

La nature inflammatoire de la maladie a été révélée à M. Maës comme à nous par les autopsies; c'est dans la muqueuse gastro-intestinale qu'il a surtout trouvé des lésions et des traces non équivoques de phlegmasie; parfois la muqueuse gastrique était ramollie au point d'avoir acquis l'aspect gélatiniforme. Dans son premier mémoire, l'auteur parle de la gangrène des membres que nous n'avons pas eu l'occasion d'observer; mais dans son second travail, il signale seulement des épanchements sanguins intermuscu-

laires. M. Maës ne voit dans ces lésions qu'une simple hypérémie avec un élément nerveux que nous ne saurions admettre, dit M. Rochoux; ce dernier caractère ne nous semble point évident; sous ce rapport, je ne suis pas de l'avis de l'auteur, encore moins au sujet de la nature de la phlegmasie, que je regarde comme toute spéciale ou spécifique, sans que j'y trouve cependant un empoisonnement miasmatique.

Le traitement de M. Maës est rationnel dans ce qui touche à l'hygiène, à la prophylaxie, parce qu'il proscrit les excitants et recommande les calmants physiques et moraux. Mais il préconise le camphre, les vésicatoires, les sinapismes aux extrémités inférieures; lorsque les symptômes inflammatoires ont disparu, qu'il n'existe plus que de la faiblesse, il administre les diurétiques. La diète des boissons, au début surtout, comme moyen d'éviter ou de rendre plus rares les vomissements, lui paraît d'une grande importance. C'est à la saignée de pied qu'il donne la préférence; il en exalte les nombreux avantages, et la met au-dessus de la saignée du bras. Dans plusieurs cas, cependant, il fut obligé d'en revenir à cette dernière.

M. Rochoux croit que dans tous les cas il vaut mieux saigner du bras, pour une infinité de raisons, et saigner largement, tirer d'abord toute la quantité de sang qu'on croira nécessaire.

La chaleur extrême et permanente des Antilles semble constituer la principale cause de la maladie; la contagion ne semble pas démontrée; au contraire, M. Maës est disposé à la nier; il rapporte que l'équipage de deux vaisseaux, qui eut des rapports avec celui de l'*Herminie*, n'en éprouva pas la plus légère incommodité; cette conclusion est en rapport avec nos idées sur ce point, dit M. Rochoux, elle est conforme aux résultats que m'ont donnés les faits

que j'ai eu l'occasion d'observer. (Remercîments à l'auteur ; dépôt aux archives; adopté.)

Une longue discussion s'engage à ce sujet : M. Gérardin parle des succès obtenus, par le docteur Thomas, dans la fièvre jaune, à l'aide du sulfate de quinine ; il est d'avis qu'il s'agissait dans ces cas de fièvres intermittentes ou rémittentes, plutôt que de fièvre jaune proprement dite. M. Nacquart regarde la nature phlegmasique de la fièvre jaune comme très-peu démontrée ; il admet pourtant une modification de l'organisme et du sang qui ne réclame que le traitement antiphlogistique. M. Moreau ne pense pas que la maladie soit essentiellement contagieuse, mais elle peut l'être ou le devenir, suivant le climat et les localités. M. Chervin, qui a observé la fièvre jaune aux Antilles, à Gibraltar, à New-York, à la Nouvelle-Orléans, n'admet pas de différence entre la fièvre jaune des tropiques et celle des Antilles. C'était toujours, dit-il, la même maladie. Au reste, il reconnaît qu'elle appartient à la famille des fièvres intermittentes et rémittentes, et déclare que l'influence miasmatique ne saurait être méconnue dans sa production. M. Bouillaud ne pense pas que la fièvre jaune soit une inflammation simple, et il admet avec M. Nacquart une modification générale de l'économie, et spécialement du sang.

Luxation congénitale du fémur. — M. Gerdy fait un rapport 1° sur deux mémoires de M. Pravaz, relatifs à l'étiologie et au traitement de la luxation congénitale du fémur ; 2° sur une note de M. Bouvier à ce sujet ; 3° sur une réclamation de M. Humbert sur le même sujet.

M. le rapporteur présente, dans des considérations préliminaires, l'état actuel de la science sur les luxations congénitales du fémur. Il passe en revue les points historiques qui se rattachent à cette importante question, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours ; décrit ensuite les lésions anato-

miques si nombreuses et si variées qui se rattachent à la lésion primitive, traite des causes et de la marche de la maladie, et arrive à l'analyse du mémoire de M. Pravaz.

Le jeune enfant que M. Pravaz a présenté à l'Académie, et qui fut vu d'abord par plusieurs médecins de Lyon, M. Richard, ancien chirurgien en chef de la Charité, M. Nichet, chirurgien actuel, et M. Polinière, qui a fait à la société de médecine de Lyon un savant rapport sur ce fait, a été guéri après sept mois de traitement. La cuisse du côté malade est devenue plus longue qu'elle n'était, et les diverses explorations auxquelles M le rapporteur s'est livré ne lui permettent pas de mettre en doute la rentrée de la tête dans sa cavité. Le peu de profondeur de celle-ci explique l'alongement du membre.

Partant peut-être d'opinions préconçues, dit M. le rapporteur, M. Bouvier a nié que la réduction fût complète ; il a trouvé un raccourcissement au lieu de cet alongement que je viens de signaler. Je ne saurais partager son opinion.

M. Gerdy pense que l'enfant qui a été présenté par M. Pravaz à l'Académie n'est point atteint actuellement de luxation congénitale ; pour les autres sujets, il n'a pas les mêmes convictions, ces derniers n'ayant pas été soumis à l'examen de la commission.

Quant à la durée et à la solidité de la guérison, c'est au temps à décider cette opération : telle qu'elle est maintenant, et après le temps qui déjà s'est écoulé, cette réduction donne beaucoup à espérer. Aussi, dans des circonstances semblables serait-on pleinement autorisé à tenter d'obtenir les mêmes résultats.

La réclamation de M. Humbert est fondée en ce sens qu'il a eu réellement la première idée et exécuté les premières tentatives de réduction ; mais jusqu'à ce qu'il ait

produit des preuves authentiques de véritable réduction, le mérite de l'exécution appartient à M. Pravaz.

Le fait cité par M. Humbert d'une jeune fille atteinte d'une luxation congénitale, avec deux pouces cinq lignes de raccourcissement, qui fut réduite en cinquante-cinq minutes, et chez laquelle, deux mois et demi plus tard, les épines iliaques n'étaient pas au même niveau, n'est pas, suivant M. Gerdy, une véritable réduction. Au reste, l'argumentation de M. Humbert n'est pas suffisamment fondée : il se borne à des réflexions générales, qui ne constituent pas des arguments suffisants. Il est vrai que M. Humbert annoncerait encore un bon nombre de réductions spontanées obtenues à Paris ; mais, avant de se prononcer sur la valeur de ces faits, il faut les avoir suffisamment examinés. Du reste, déjà viennent les exceptions sur la durée des efforts employés, puisque, dans un cas, il fallut quarante jours, et, dans un autre, quatre mois et demi d'extension.

De tous ces faits et des recherches anatomo-pathologiques auxquelles ils ont donné lieu, nous pouvons conclure, dit M. le rapporteur :

1° Que les luxations dites congénitales des fémurs présentent une conformation anatomique qui n'exclut pas la réduction ;

2° Si l'état des parties molles semble y apporter un obstacle, il peut être vaincu par l'extension long-temps continuée.

3° Puisque la tête du fémur se creuse une cavité anormale sur l'os des îles par la prolongation de son contact dans les anciennes luxations, à plus forte raison pourra-t-elle creuser la cavité cotyloïde dans sa position normale, ou l'agrandir, si, ce qui arrive le plus souvent, elle existe, de manière à ce qu'elle puisse fournir la base d'une articulation solide.

4° L'enfant présenté par M. Pravaz est actuellement dans un bon état, et son articulation ilio-fémorale remplit toutes ses fonctions.

5° La réduction des luxations congénitales du fémur offre donc des chances de succès.

En conséquence, Messieurs, la commission propose : 1° de voter des remercîments à M. Pravaz pour cette importante communication ; et 2° de la publier dans vos bulletins.

Une longue discussion s'engage et se prolonge jusqu'à la fin de la séance sans éclairer le moins du monde la question.

Arsenic naturellement contenu dans le corps de l'homme. — M. Orfila lit un travail sur ce sujet. Les expériences dont il vient faire connaître les résultats ont été faites en commun par lui et M. Couerbe. Il se propose de répondre aux questions suivantes :

1° Existe-t-il de l'arsenic à l'état normal dans les os de l'homme ? 2° Les viscères en renferment-ils ? 3° Peut-on en démontrer l'existence dans les muscles ? 4° Enfin est-il possible d'établir que l'arsenic obtenu d'un cadavre n'est pas celui qui existait normalement parmi les éléments qui composent ses tissus, mais a été introduit dans les organes digestifs, appliqué à l'extérieur, etc. ?

§ I. — Il existe de l'arsenic dans les os de l'homme. Si l'on calcine des os d'adultes, en ayant soin de ne pas trop élever la température, et évitant le contact des charbons ; qu'on traite par l'acide sulfurique purifié la poussière obtenue bien séchée et tamisée ; puis qu'on soumette le mélange à l'appareil de Marsh, on obtiendra des taches arsenicales brunes, brillantes, très-épaisses.

Ce résultat a été obtenu également sur les os provenant de cadavres d'adultes morts depuis plusieurs jours, ou inhumés depuis plusieurs mois.

La calcination à blanc ne donne point d'arsenic. On n'en obtient pas davantage, si l'on opère sur des os du commerce réduits en pâte molle; mais si on les traite par la chaleur d'abord, et par les procédés que j'ai indiqués (acide nitrique, potasse, acide sulfurique), on obtient une certaine quantité d'arsenic.

De cette première série d'expériences, qui sont au nombre de quatorze, je conclus, dit M. Orfila : 1° que les os de l'homme adulte, du cheval, du bœuf, du mouton, contiennent de faibles portions d'arsenic, qu'il est possible de constater en traitant les os par la potasse à l'alcool et l'acide sulfurique pur.

2° Cette quantité d'arsenic n'augmente pas par une inhumation prolongée.

3° La vitrification l'enlève en partie, sans doute par la volatilisation dont elle est la cause.

4° Comme conditions favorables à la découverte de l'arsenic, il faut mettre en première ligne le soin de ne pas trop calciner les os, et, en second lieu, celui d'éviter soigneusement le contact du charbon.

4° En traitant les os par l'eau pure et l'ébullition, on ne trouve point d'arsenic.

6° Si, en opérant de cette manière, on trouve de l'arsenic, on peut assurer qu'il a été introduit d'une manière ou de l'autre dans l'économie.

§ II. — On ne trouve pas d'arsenic dans les viscères sans qu'il en ait été absorbé. Les organes d'un chien qu'on venait de pendre, traités par les procédés ordinaires, n'en ont pas donné. Le sang, la substance cérébrale desséchée, le foie, la rate, les reins, les intestins, l'estomac, etc., n'en ont pas offert de traces. Carbonisés avec l'acide nitrique, soumis ensuite à l'appareil de Marsh, ils n'ont offert que des

taches blanches, opaques, qui étaient produites tout aussi bien sans la présence des matières organiques.

Le foie d'un adulte n'a rien fourni non plus. Les décoctions faites avec divers organes n'en ont pas donné davantage.

D'où il faut conclure, dit M. Orfila, non pas d'une manière absolue, que les viscères ne contiennent pas de l'arsenic à l'état normal, mais, pour être plus exact et ne rien préjuger, qu'ils n'en fournissent pas alors qu'ils sont traités par l'eau bouillante, l'acide sulfhydrique, ou carbonisés à l'aide de l'acide nitrique concentré, etc. Il se pourrait qu'il fût en si petite quantité que l'acide sulfhydrique ne le décelât pas, ou que la carbonisation l'ait fait perdre ; peut-être en agissant à la fois sur un grand nombre de cerveaux ou d'autres organes pourra-t-on arriver à le reconnaître. Dans tous les cas, il nous suffit pour le moment d'établir que les viscères ne fournissent pas d'arsenic dans les réactions indiquées, à moins qu'il n'y ait eu empoisonnement.

§ III. — Il n'est pas prouvé que la chair musculaire contienne de l'arsenic. Douze livres de chair musculaire provenant d'un cadavre d'adulte, traitées par l'acide nitrique carbonisé, puis placées dans l'appareil de Marsh, ont fourni des taches blanches, opaques, les unes brillantes avec un reflet bleuâtre ou rouillé, les autres jaunes se ternissant à l'air, offrant un aspect arsénical, se dissolvant dans l'acide nitrique bouillant, ne donnant pas d'odeur alliacée quand le résidu en est mis sur des charbons en ignition, n'offrant en un mot aucun des caractères de l'arsenic. Au reste, ces taches étaient fort nombreuses ; soumises pendant près de vingt jours à un courant d'acide sulfhydrique, elles n'ont pas donné indice d'arsenic. Il se pourrait qu'elles fussent un mélange d'arsenic et de matière animale; en second lieu, que la chair musculaire de deux ou trois cadavres réunis en

fournît à l'analyse ; enfin que d'autres procédés en fissent découvrir sur les mêmes quantités, en occasionnant moins de perte ; aussi ne conclurais-je pas d'une manière absolue qu'il ne doit pas exister d'arsenic dans la chair musculaire.

§ IV. — Il est possible d'établir que l'arsenic qu'on a trouvé ne vient pas de la substance organique elle-même, mais qu'il lui a été combiné par l'absorption. Car si c'est dans les os qu'on le trouve, il aura fallu agir long-temps, l'action de l'eau bouillante aura été sans effet, etc. ; si, au contraire, l'action de ce dernier menstrue en faisait reconnaître, on pourrait affirmer qu'il n'existait pas déjà en totalité. S'il existe dans des organes où jusqu'à présent on n'en avait pas constaté, dans le sang, dans les viscères précités, on établira les mêmes conclusions.

Enfin si les muscles fournissent ces taches dont quelques-unes ressemblent tant de prime-abord à l'arsenic, on se rappellera les caractères distinctifs que nous avons indiqués ; on fera attention à leur nombre qui est considérable, et surtout aux résultats fournis par l'action des divers réactifs. Si enfin le sujet avait été soumis à une médication arsénicale pendant quelque temps, on chercherait à s'éclairer à la fois des phénomènes morbides qui ont pu être constatés long-temps avant la mort de ceux qui l'ont précédée, et qui ont paru l'amener ; on consultera avec soin l'état anatomique des organes digestifs ; on rapprochera les symptômes des lésions observées après la mort, et on ne conclura dans tous les cas qu'avec une extrême circonspection, surtout si on ne rencontre dans les organes digestifs qu'une faible quantité de substance toxique, circonstance dans laquelle l'empoisonnement pourrait se confondre avec l'effet de la médication arsénicale....

Section de la portion sternale du sterno-mastoïdien. — M. Blandin présente à l'Académie un jeune homme, âgé de douze

ans, auquel il a pratiqué avec succès la section sous-cutanée de la portion sternale du muscle sterno-cléido-mastoïdien droit rétracté; cette section, secondée par un bandage simple qui fixait la tête et l'inclinait en sens opposé, a suffi pour rendre la liberté des mouvements. Il y a encore une légère déviation.

— *Ligature de l'artère crurale.* — M. Blandin présente également un malade adulte auquel il a pratiqué avec succès la ligature de l'artère fémorale au-dessous de l'origine de la profonde, pour une plaie du tronc artériel lésé à la partie moyenne de la cuisse. Il s'agissait d'un coup de feu; la balle avait traversé le membre de part en part. On a lié au-dessus de la blessure; une seule ligature a été posée. Le malade a retrouvé toute l'intégrité de ses mouvements.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Traitement de la gale et du prurigo. — Lésion remarquable du cerveau par un coup de pistolet tiré dans l'oreille. — Etat des nerfs dans les déviations rachidiennes. — Traitement de l'ivresse par l'ammoniaque. — Ivresse causée par l'opium. — Phlébite suivie d'accidents graves.

M. Mêlier, au nom d'une commission dont il faisait partie avec MM. Roche et Deville, fait un rapport sur un mémoire intitulé : *De la gale et de son traitement*, par M. Laurent, chirurgien-major du 4e régiment de hussards.

M. Mêlier conclut à ce que le travail de M. Laurent, qui renferme plusieurs observations curieuses sur le traitement de la gale par l'huile simple, soit honorablement déposé dans les archives de la Société.

M. Delens. M. Laurent annonce avoir réussi à guérir la gale par des onctions huileuses. La chose est possible, comme le prouvent quelques obser ations rapportées par Delpech. Quant aux faits de M. Laurent, ils seraient bien

plus concluants si les individus soumis aux onctions huileuses n'avaient pris aussi des bains alcalins, qui seuls suffisent pour guérir la gale.

Je demanderai ensuite, continue M. Delens, pourquoi on a donné artificiellement une gale nouvelle à des malades tourmentés par une gale invétérée? Pourquoi ne pas avoir commencé de suite le traitement de celle-ci?

M. Mérat. Les gales dégénérées résistent à tous les traitements. Pour les combattre avec succès, il faut les régénérer. Plusieurs malades qui sont atteints de la gale depuis douze à quinze ans sont dans un état de malaise et de souffrance qui les désespère. J'ai eu à traiter un ancien employé des armées qui se trouvait dans cette fâcheuse position. Plusieurs traitements avaient échoué; il contracta, par mon avis, une gale bien complète. Il fut alors traité et guéri.

M. Collineau. Nous savons que la gale est due à un insecte. Comment une gale ancienne serait-elle guérie par une gale nouvelle?

M. Mélier. Ce qu'on appelle des gales anciennes et dégénérées doit s'appliquer à des prurigos, à des eczémas. L'acarus n'est pour rien dans la durée de ces affections. Une gale nouvelle agit alors comme un érysipèle ou un vésicatoire.

On a aussi souvent confondu avec la gale des éruptions vésiculeuses qui se montrent surtout au printemps. Il n'est pas toujours facile de distinguer ces maladies, qui cependant sont de nature essentiellement différente. Quant à la contagion, il y a des dispositions individuelles fort remarquables. Ainsi, il est des individus auxquels on ne peut faire contracter la gale. M. Alibert donnait des soins à un malade atteint d'une affection nerveuse dont la gale lui parut être le point de départ : il ordonna formellement que la gale fût donnée au malade. Mais ce fut en vain que celui-ci

toucha les vésicules de galeux, qu'il porta des chemises qui avaient servi à ceux-ci, qu'il coucha même avec des galeux; il ne put contracter la gale.

J'ai souvent ouvert des vésicules psoriques, continue M. Mêlier, et je n'ai jamais rien éprouvé. Il suffit à d'autres médecins de toucher le pouls d'un galeux pour contracter la maladie.

On peut faire une autre remarque : c'est que certaines conditions de contact déterminent l'apparition de l'éruption dans des régions particulières. C'est ainsi que les vésicules psoriques apparaissent sur l'abdomen chez les prostituées.

M. Mêlier, revenant au mémoire de M. Laurent, pense que les onctions huileuses ont une action spéciale sur l'acarus de la gale; mais l'addition du camphre à l'huile rend celle-ci beaucoup plus efficace. L'huile simple guérit la gale en dix-sept jours, tandis que l'huile camphrée la guérit en treize jours.

M. Delens : On a parlé tout à l'heure de la disposition de certains individus à contracter promptement la gale, tandis que d'autres n'étaient jamais atteints de la contagion : il en est de certaines peaux pour les insectes comme de certains terrains pour les végétaux. Ici, ils réussissent bien; là, ils meurent. Les poux se multiplient facilement chez les sujets d'un tempérament muqueux; ils meurent chez ceux qui ont une constitution sèche.

M. Collineau : Médecin des prisons de Paris depuis un grand nombre d'années, j'ai la conviction qu'il faut une prédisposition pour avoir la gale. Ainsi, j'ai vu des femmes âgées négligeant les soins de propreté ne pas contracter la maladie, tandis que de jeunes filles de dix à vingt ans avaient dans les mêmes circonstances des gales longues et rebelles. Ces jeunes filles étaient pour la plupart scrofu-

leuses. Peut-être la disposition à la contagion dépend-elle de la prédominance du système lymphatique.

M. Mérat : Pendant que j'étais chargé du service médical de l'infirmerie de l'empereur, j'ai eu occasion de donner des soins à des personnes attaquées de différents genres de gale qu'elles distinguaient elles-mêmes. Ainsi, il y avait la gale de cheval, la gale de chien ; ceux qui étaient affectés d'une troisième espèce de gale qu'on ne pouvait regarder comme étant communiquée par les animaux étaient appelés *messieurs.*

M. Leroy d'Étiolles ne pense pas que la transmission de la gale ait lieu des animaux à l'homme. Il s'appuie, d'ailleurs, sur l'opinion d'un vétérinaire distingué, de M. Leblanc.

M. Delens rappelle qu'on a vu, il y a peu d'années, au Jardin des Plantes, un lion couvert d'acarus. Ne devait-il pas communiquer une gale particulière?

M. Prus : Avant que la Société ne prononce la clôture de la discussion, je crois devoir appeler son attention sur un moyen qui m'a souvent réussi dans le traitement du prurigo, maladie si fréquemment rebelle, surtout chez les vieillards. Il s'agit d'une solution de vingt grains de deutochlorure de mercure dans un demi-litre d'eau. On fait des lotions matin et soir sur toutes les parties où existent les papules prurigineuses.

M. Duparcque a employé avec beaucoup d'avantage une solution semblable dans les démangeaisons qu'éprouvent à la surface interne des grandes lèvres des femmes parvenues à l'âge de retour. On sait combien ce prurit intolérable est souvent difficile à détruire.

M. A. Bérard obtient la parole pour une communication : J'ai été appelé, dit-il, il y a six semaines, à donner des soins à M. M., qui, pour se suicider, s'était tiré un coup de

pistolet dans l'oreille droite et un autre coup de pistolet dans le front. Je n'insisterai pas beaucoup sur cette seconde blessure ; la balle s'était aplatie et avait labouré le coronal... A ma visite, une heure après l'événement, il y avait un tremblement général et une déviation prononcée de la face du côté gauche ; la paupière supérieure droite ne recouvrait plus le globe de l'œil. Comme l'intelligence était conservée, je l'engageai à fermer les yeux, la paupière supérieure droite ne put pas être abaissée ; à faire une grimace, la commissure droite des lèvres reste immobile. Il y avait donc paralysie du nerf facial. La blessure de l'oreille était peu apparente au-dehors ; le conduit auditif était déchiré ; l'on voyait à l'entrée des matières d'un blanc rosé, molles, poisseuses : c'était évidemment une portion de la pulpe cérébrale. Après avoir débarrassé le conduit auditif du sang qui l'obstruait, je remarquai des pulsations dans la partie la plus profonde. Ainsi, le crâne était perforé et le cerveau gravement blessé. Les trois premiers jours, il y eut de la douleur de tête, de l'accélération dans le pouls. Le troisième jour, je me livrai à quelques expériences ; un stylet, que je conduisis dans la direction du conduit, pénétra à la profondeur de quinze lignes. Des piqûres faites avec une épingle du haut du front jusqu'au menton n'occasionnèrent point de douleur ; l'œil du côté droit se montra insensible ; la portion droite de la langue, du voile du palais, la narine droite excitée jusqu'au pharynx avec un stylet, ne causèrent au blessé aucune sensation pénible. La sensibilité générale était entièrement abolie à gauche. Il en était tout autrement de la sensibilité spéciale. Ainsi, l'œil droit voyait bien, la narine droite percevait bien les odeurs, la langue appréciait convenablement la sapidité des corps. Deux jours avant sa mort, arrivée le douzième jour, le malade fut paralysé de la moitié gauche du corps. La dis-

section du cerveau fut faite par moi avec le plus grand soin.

Les membranes étaient d'une sécheresse remarquable du côté de la blessure. Le lobe moyen du cerveau était creusé d'une cavité offrant la dimension d'une châtaigne. Dans le fond, était la balle. Le nerf de la septième paire était dilacéré. Le nerf de la cinquième paire était injecté et ramolli; plusieurs de ses fibres étaient déchirées. Les nerfs de la troisième et de la quatrième paires étaient intacts; la face supérieure du rocher était brisée en éclats; la fracture s'étendait jusque prés du nerf de la sixième paire.

Les principales remarques, continue M. Bérard, auxquelles donnent lieu les phénomènes pathologiques observés, sont les suivants : d'abord, c'est une chose curieuse et importante que l'absence de délire et de paralysie des membres d'un côté du corps pendant la plus grande durée d'une maladie, où le lobe médian du cerveau était le siége d'une lésion traumatique, bientôt suivie de ramollissement et de suppuration.

Ensuite la paralysie de la sensibilité générale avec la conservation de la sensibilité spéciale, olfaction, gustation, etc., alors que la cinquième paire de nerfs était évidemment lésée, nous présente un fait en contradiction avec ce que M. Magendie a annoncé sur les fonctions du trifacial.

M. Nonat : L'observation que vient de nous lire notre collègue M. Bérard ne me paraît pas infirmer les résultats des expériences de M. Magendie. En effet, il vient d'être dit que les fibrilles du nerf de la cinquième paire étaient ramollies, injectées; que quelques-unes étaient déchirées. Mais il y a encore loin de là à la section complète de ce nerf comme on la pratique sur un animal vivant. Alors, la sensibilité tactile et la sensibilité spéciale sont abolies. Je

dois ajouter que M. Magendie a prouvé par ses expériences que, si l'on fait la section de la cinquième paire au niveau du ganglion de Gloser, il y a altération de nutrition dans les organes où ce nerf se rend. Si, au contraire, on opère entre le ganglion et la protubérance, la nutrition n'est pas altérée, mais il y a perte de la sensibilité spéciale.

Les faits pathologiques ont, sans doute, une grande valeur pour éclairer certaines questions physiologiques. Mais ils peuvent être insuffisants, et sont avantageusement remplacés par des expériences physiologiques quand il s'agit de déterminer une fonction aussi complexe que celle de la cinquième paire.

M. Bérard : Je persiste à penser qu'il reste encore plus d'un mystère à éclaircir relativement aux fonctions de la cinquième paire. Je répète, d'ailleurs, que dans le fait que j'ai rapporté de très-graves lésions du trifacial ont été suivies de l'abolition de la sensibilité générale avec intégrité de la sensibilité spéciale.

M. Montaut : A quel point du trajet de la cinquième paire la lésion doit-elle avoir lieu pour qu'il y ait à la fois perte de la sensibilité et des sens? D'après les expériences sur les animaux, ces symptômes sont déterminés par la section du nerf faite entre le ganglion de Gloser et la protubérance. C'est aussi ce que confirme l'observation de M. Nonat, consignée dans la *Lancette française* (t. VI, p. 301), dans laquelle on voit que la perte de la vue des deux côtés coïncida avec l'existence d'une tumeur squirrheuse et encéphaloïde sur l'un et l'autre côté de la protubérance, et à peu près au niveau de la cinquième paire.

D'après huit cas de paralysie de la face par altération du nerf trijumeau constatée par l'examen cadavérique, j'ai cherché le rapport qui a pu exister entre les symptômes observés et l'endroit où existait la lésion du nerf. J'ai

trouvé la perte des sens avec lésion du ganglion ou de la portion du nerf qui sépare ce ganglion de l'insertion centrale dans quatre cas (observations de M. Serres, de M. de Chambre, d'Abercrombie, de M. Landouzi). Dans quatre autres cas, ce rapport n'existait pas ; c'est-à-dire que la même lésion du nerf ayant lieu, il n'y avait pas perte des sens (observations de MM. Gama, Jobert et Cazenave, de M. Carré et de M. Dubreuil).

M. Nonat a avancé dans la dernière séance que les lésions de nutrition dans la paralysie ou anesthésie due à une lésion de la cinquième paire étaient sous l'influence spéciale du ganglion. Dans quatre observations où la lésion nerveuse et les symptômes ont été bien notés pendant la vie et après la mort, je trouve une confirmation complète de l'assertion de notre collègue (observations de MM. Serres, Gama, Tanquerel des Planches, Landouzi).

M. Bérard présente, au nom de M. Bouvier, d'abord une pièce pathologique fournie par une femme affectée de gibbosité, et ensuite la note suivante :

« Les nerfs que je mets sous vos yeux sont extraits du cadavre d'une bossue, âgée de cinquante-quatre ans, portant une courbure énorme de la région dorsale à concavité droite, dont le centre était vers la huitième vertèbre dorsale.

Les nerfs qu'on a préparés sont :

1° Les branches antérieures droites et gauches de la première paire dorsale à la neuvième inclusivement ;

2° Les branches postérieures droites des cinquième, sixième, septième, huitième, neuvième et dixième paires ;

3° Les branches postérieures gauches des huitième, neuvième, dixième, onzième, douzième paires. Les autres branches existaient, mais elles ont été coupées dans la préparation.

On peut donc comparer ici le volume des branches antérieures et postérieures qui répondent à la convexité et à la concavité de la partie centrale de la courbure. On peut s'assurer qu'aucun de ces nerfs n'a été détruit par la compression. Or, les côtes se touchaient dans cette partie centrale du côté concave de la courbure, et les branches antérieures parcouraient des gouttières formées par le rapprochement des côtes. »

M. Chailly aurait désiré que la moelle épinière eût été aussi mise sous les yeux de la Société. Il se félicite, d'ailleurs, d'avoir provoqué sur l'état des nerfs dans les déviations rachidiennes les recherches des observateurs placés dans des circonstances favorables.

M. Nonat entretient la Société de deux cas d'ivresse traités avec succès par l'ammoniaque en potion et en lavement. L'un des deux malades avait été saigné, émétisé, et son état était des plus graves. Soixante gouttes d'ammoniaque, en deux potions, le guérirent. Je me rappelle, continue M. Nonat, avoir vu à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Caillard, un homme qui avait bu un litre et demi d'eau-de-vie ; il paraissait sur le point de mourir. On lui fit respirer de l'ammoniaque ; on lui en donna en lavement, parce qu'il ne pouvait boire. De nombreuses évacuations eurent lieu, et le malade guérit. La saignée paraît, à M. Nonat, avoir un mauvais effet dans l'ivresse et déterminer le collapsus.

M. Bourgeois tient d'un pharmacien que, sollicité par un jeune homme qui voulait de suite dissiper l'ivresse dont il se sentait atteint, il lui donna de l'acétate d'ammoniaque à la dose de vingt gouttes dans de l'eau fraîche. Au bout de vingt minutes, l'ivresse était dissipée.

M. Prus rappelle à la Société qu'il lui a communiqué un fait très-analogue à celui cité par M. Bourgeois. Un homme

d'une soixantaine d'années fut apporté à l'infirmerie de Bicêtre ivre-mort. M. Prus le vit à son entrée vers neuf heures du matin. Il lui prescrivit un gros d'acétate d'ammoniaque dans un verre d'eau. Avant dix heures, le malade était revenu à son état de santé habituel.

M. Devergie : Je ne partage pas l'opinion de M. Nonat relativement à la saignée dans l'ivresse. Les malades qui succombent présentent à l'autopsie, et nous avons de fréquentes occasions de le constater à la Morgue, des congestions cérébrales et pulmonaires des plus prononcées; et ce n'est pas une stase passive du sang. Le tissu pulmonaire est d'un rouge brique. Incisés sur leur face antérieure, les poumons laissent échapper une grande quantité de sang. Cette congestion paraît être la cause de la mort.

M. Nonat ne révoque pas en doute l'utilité de la saignée dans quelques circonstances données, mais seulement après qu'on a combattu les premiers phénomènes de l'ivresse.

M. Bourgeois a vu succomber un malade qui était ivre et que l'on croyait à tort atteint d'apoplexie. La saignée qu'on lui avait pratiquée était assez forte. Le sang extrait de la veine exhalait une forte odeur d'alcool.

M. Chailly : Pendant que je professais l'anatomie à l'École de peinture de Versailles, je fis des démonstrations sur le cadavre d'un guillotiné qui avait bu une demi-bouteille d'eau-de-vie avant d'aller au supplice. Tout son corps exhalait une odeur alcoolique très-prononcée : celle-ci était encore manifeste le huitième jour, époque à laquelle la putréfaction était encore fort peu avancée.

M. Devergie a aussi constaté l'odeur alcoolique des différents tissus chez les sujets qui ont succombé à l'ivresse.

M. Nacquart : La Société n'a sans doute pas oublié que c'est à un de ses membres, le docteur Chantourelle, qu'est dû l'usage de l'ammoniaque dans l'ivresse.

M. Prus obtient la parole pour rapporter à la société deux faits qui lui semblent dignes de quelque intérêt. Le premier est un cas d'ivresse déterminée par l'opium. Une vieille femme, de la Salpêtrière, affectée d'une maladie de l'estomac qui fait craindre une dégénérescence cancéreuse, a voulu se donner la mort, et pour cela elle a avalé *une demi-bouteille* de laudanum de Sydenham. L'interne de garde appelé à l'instant même l'a fait vomir en toute hâte en titillant la luette, puis avec quelques grains d'émétique. Les vomissements ont ramené la totalité du laudanum ingéré. On administra aussitôt plusieurs tasses d'une forte infusion de café. M. Prus prescrivit en outre l'eau vinaigrée. Tous les accidents se sont bornés à une légère ivresse. Craignant toutefois qu'il ne se manifestât plus tard une congestion cérébrale, M. Prus recommanda de surveiller la tête et de pratiquer une saignée si elle paraissait nécessaire. Elle fut faite en effet quelques heures plus tard. La malade était revenue le lendemain à son état ordinaire.

Le second fait offre un exemple d'œdème des extrémités inférieures dû à l'interruption de la circulation veineuse, d'abord dans l'iliaque externe droite, et ensuite dans la veine crurale gauche.

La nommée Maugin, âgée de soixante-dix-neuf ans, est entrée dans mon service, le 8 avril 1839. Cette femme est pâle, maigre, quoique jouissant habituellement d'une assez bonne santé. Cependant elle a eu, l'année dernière, une pneumonie au deuxième degré du lobe supérieur du poumon gauche, dont elle a complètement guéri.

Ce n'est que depuis une quinzaine de jours que la femme Maugin se plaint de l'enflure du membre inférieur droit, enflure qui a augmenté progressivement. Aujourd'hui, 9 avril, le membre est le siége d'un gonflement énorme aussi prononcé au pied qu'à la cuisse; la peau, rouge et luisante,

pâlit sous le doigt. La chaleur est beaucoup plus vive de ce côté que de l'autre. La tuméfaction ne dépasse pas le pli de l'aine. Tout ce membre est le siége de douleurs très-vives qui augmentent par la pression. Le ventre est plat, souple et tout-à-fait indolent. On ne peut découvrir aucun signe d'engorgement dans le côté droit. Tendance à la constipation; fièvre légère augmentant tous les soirs; soif vive; perte d'appétit. Je diagnostiquai une phlébite de la veine crurale ou de l'iliaque externe. Je prescrivis des boissons délayantes, la diète et un lavement laxatif.

Sous l'influence du régime et du repos au lit, l'enflure de la jambe ne tarda pas à diminuer. Mais il resta à la partie interne et supérieure de la cuisse un engorgement dur et rénitent ayant environ l'étendue de la main. Deux application de sangsues furent faites sur ce point sans amélioration notable. Des frictions mercurielles diminuèrent sensiblement la dureté et l'étendue de l'engorgement. Ce mieux momentané ne tarda pas à disparaître. L'œdème gagna de nouveau tout le membre, mais sans offrir les caractères inflammatoires qu'il avait présentés au commencement de la maladie. La fièvre disparut presque entièrement.

Cependant, le ventre, dont l'exploration avait été pendant assez long-temps sans résultat, devint le siége de douleurs, pas très-vives mais continues, et partant toujours de la région iliaque droite. Bientôt on sentit au niveau du ligament de Fallope une tumeur dure, arrondie, semblant plonger dans le bassin où on ne pouvait la suivre, un peu plus rapprochée du pubis que de l'épine iliaque.

Le 20 mai, la malade avait rendu un peu de sang par la vulve. On reconnut au toucher que les parois du vagin présentaient une induration considérable, surtout à droite et en avant. Le col de l'utérus était presque entièrement effacé.

Cet écoulement sanguin se reproduisit à plusieurs reprises, toujours peu abondant, et fut suivi d'un écoulement puriforme en plus grande quantité. Les douleurs abdominales augmentèrent et ne laissèrent aucun repos à la malade.

La tumeur de la région inguinale droite que l'on n'avait pu sentir facilement ne fit plus de progrès sensibles depuis qu'elle eut atteint le volume d'une noix. Le ventre prit du volume sans devenir plus douloureux à la pression. On ne put y découvrir de fluctuation.

La malade dormait peu, malgré l'usage de potions opiacées; les douleurs étaient presque continues. Pour les mieux supporter, la malade se tenait constamment assise sur son lit, penchée en avant. Fièvre tous les soirs; marasme.

Trois semaines avant la mort, le membre inférieur gauche acquit un degré de tuméfaction aussi considérable que le droit. Depuis long-temps l'œdème de ce côté avait gagné les flancs et les parois abdominales.

On ne distinguait pas de veines à la surface des parties tuméfiées; on n'y sentait ni cordon, plus ou moins dur, ni point douloureux spécial. Le trajet de la veine crurale gauche explorée avec soin ne parut pas douloureux à une pression même assez forte.

La mort arriva lente et pénible, le 7 juillet. Autopsie :

Infiltration énorme des membres inférieurs, des lombes et des parois abdominales. Cette infiltration séreuse, nulle part purulente, un peu trouble seulement, occupe surtout le tissu cellulaire sous-cutané, mais s'étend encore plus profondément.

Les veines de la cuisse droite, sous-cutanées et profondes, sont tout-à-fait saines et contiennent du sang noir à peu près liquide. Un peu de sang liquide dans l'artère crurale. Au niveau de l'arcade crurale les vaisseaux sont enveloppés par une masse de ganglions engorgés et indurés. Un

de ces ganglions comprime fortement la veine iliaque externe au niveau du ligament de Fallope, immédiatement au-dessus de l'embouchure d'une veine circonflexe dont le diamètre est peut-être augmenté. La veine iliaque externe est aplatie, transformée dans la hauteur d'un demi-pouce à peu près en un tissu dense, fibreux, blanchâtre. Ses parois sont notablement épaissies; sa cavité a subi une diminution de plus des deux tiers. La membrane interne est de couleur ardoisée et ne présente pas l'aspect lisse et brillant de l'état normal. Cette coloration résiste aux lotions et aux frottements répétés. Dans le vaisseau existe un cordon blanchâtre, d'une médiocre densité, sans adhérence, et paraissant formé par de la fibrine décolorée. Au-dessous de ce cordon, qui n'a pas plus de six à huit lignes d'étendue, la veine, quoique encore comprimée, reprend le diamètre et l'apparence qu'elle doit avoir. Les veines voisines, ainsi que l'artère, n'offrent aucune altération appréciable.

Du côté gauche, la veine crurale, la veine saphène à son embouchure dans la crurale, la veine iliaque externe dans toute son étendue, sont extrêmement tuméfiées et bleuâtres à l'extérieur. Elles sont remplies de sang noir, coagulé, tout-à-fait semblable à de la gelée de groseille, présentant partout le même aspect. Lorsqu'on détache le caillot, on voit qu'il adhère partout à la face interne de la veine. Mais, dans quelques points, cette adhérence n'est qu'une agglutination légère qui ne laisse aucune trace sur la membrane interne, tandis que dans d'autres, surtout au-dessous de l'arcade crurale, elle se fait par l'intermédiaire d'une fausse membrane mince, transparente, bien formée, tout-à-fait semblable à celle qui enveloppe si promptement les épanchements sanguins de l'arachnoïde. Au-dessous de cette fausse membrane, on aperçoit la membrane interne de la veine dépolie et rugueuse. Les petites veines qui s'abou-



chent dans les troncs malades sont également altérées dans une certaine étendue au-delà de laquelle elles sont à l'état normal.

Une fois qu'on est arrivé aux veines iliaques internes et à la veine cave inférieure, il n'existe plus de trace de maladie. Le cœur ne présente rien à noter, ni dans ses parois, ni dans sa membrane interne, ni dans ses orifices. Il contient, surtout dans les cavités droites, une assez grande quantité de sang presque liquide. Le bassin est entièrement rempli par des masses de matière encéphaloïde auxquelles se mêle une matière jaunâtre ayant de l'analogie avec les tubercules. Les parois du rectum sont altérées de la même manière. Quant à l'utérus, il paraît peu affecté quoique enveloppé de toutes parts par la maladie; seulement on ne reconnaît plus ses annexes. Les parois du vagin sont infiltrées de matière encéphaloïde; quelques points sont ulcérés. Les vaisseaux sanguins qui partent de l'utérus paraissent sains.

Le foie, la rate, les reins sont examinés et ne présentent aucune altération. Cependant une couche de matière encéphaloïde revêt le sommet du rein gauche et la capsule surrénale. Le péritoine est sain quoique contenant un peu de sérosité. Un nombre infini de petites productions cancéreuses existent dans le mésentère.

Les poumons sont légèrement engoués, sans autre altération. Rien à noter dans le cerveau.

Cette observation, continue M. Prus, présente d'une manière bien remarquable des lésions pathologiques parfaitement en rapport avec le siége, la nature et l'époque des symptômes observés pendant la vie. La veine iliaque externe droite, malade depuis plusieurs mois, nous offre un cordon fibreux et à l'intérieur une membrane de couleur ardoisée, en contact avec de la fibrine durcie et blanchâtre. Les veines du membre inférieur gauche, au contraire, qui ne sont

affectées que depuis trois semaines, présentent une dilatation remarquable; des caillots ayant la consistance et l'aspect de gelée de groseille, et enveloppés d'une fausse membrane lisse et transparente; la membrane interne rougeâtre est dépolie et semée d'une multitude de petites aspérités.

VARIÉTÉS.

Réponse de l'administration des hospices à la commission médicale de 1838. — Tétanos guéri par une commotion électrique.

Réponse de l'administration des hospices à la commission médicale de 1838.

Nous avons fait connaître avec quelques détails, dans deux précédents cahiers de la *Revue médicale* (1), le remarquable rapport de la commission médicale de 1838. L'administration des hôpitaux s'en est émue, elle qui est si difficile à émouvoir quand il ne s'agit que d'abus à réformer et d'améliorations à introduire dans le régime des indigents confiés à ses soins. Mais cette fois son amour-propre de corps était en jeu, sa susceptibilité était blessée par la noble indépendance avec laquelle les médecins des hôpitaux avaient plaidé la cause des pauvres malades, et celle de leur propre dignité dans l'exercice des fonctions qui leur sont confiées. L'administration a donc nommé une commission, composée de MM. Benjamin Delessert, Dubois, Lahure, Orfila et Aubé (rapporteur), pour examiner le travail de la commission médicale et discuter successivement tous ses griefs. Force a été de reconnaître que le pain distribué à Bicêtre et à la Salpêtrière est mal cuit; que ces deux établissements manquent d'eau très-souvent; que les comesti-

(1) Juin 1838, page 450, et mai 1839, page 38.

bles ne sont pas toujours, à beaucoup près, de bonne qualité; qu'une réforme est indispensable dans les diverses parties du service qui se rapportent au régime alimentaire; que le crédit alloué pour les vêtements dans les hospices de la vieillesse est insuffisant, etc. Et cependant, avant de faire droit, il est question encore, dans le rapport, de nouvelles enquêtes, de nouveaux documents à recueillir, de projets à discuter, enfin de mille moyens dilatoires qui prolongeront encore indéfiniment le *statu quo!*

La partie du rapport où la commission s'occupe du personnel des médecins, et de leur position vis-à-vis de l'administration, est empreinte d'un esprit peu bienveillant, pour ne rien dire de pis, qui a été l'objet de critiques bien motivées, notamment dans le dernier cahier des *Archives*. Nous avions vu avec peine un journal de médecine justement estimé déserter la cause de ses confrères (qui est aussi la cause sacrée de l'humanité, ne l'oublions pas!) pour embrasser le parti le plus puissant, celui de l'autorité administrative. On ne peut se dissimuler, en lisant la réponse administrative, qu'il n'y ait véritablement une injuste susceptibilité du pouvoir opposée à de justes et légitimes réclamations. Évidemment le langage de la vérité a choqué les oreilles administratives ; mais, dès-lors, à quoi bon demander au corps médical des renseignements et des observations qu'il ne lui serait pas permis de présenter dans toute leur force et dans toute leur sincérité? Nous félicitons les rédacteurs des *Archives* d'avoir fait cause commune avec leurs confrères des hôpitaux. Quoi qu'en ait dit un autre journal, il n'est pas vrai que le rapport administratif ait été rédigé par des mains suffisamment compétentes ; et presque toutes les doléances du corps médical des hôpitaux restent malheureusement trop bien fondées, après le rapport comme avant! Espérons toutefois que la publicité donnée à cette affaire aura quelques résultats utiles pour les intérêts de la

science comme pour ceux de l'humanité : espérons surtout que messieurs les membres du conseil général des hôpitaux rendront un jour plus de justice aux sentiments qui animent le corps médical.

Tétanos guéri par une commotion électrique.

Le sujet de cette singulière observation en est en même temps l'historien. C'est un officier général des plus distingués dans l'armée française, qu'il suffirait de nommer pour donner la meilleure garantie, non pas de l'exacte qualification du fait pathologique, mais de la véracité et de la sincérité de la relation. Nous allons le laisser parler lui-même, en livrant à l'impression, sans y rien changer, l'autographe d'une lettre écrite familièrement et sans prétention à un ami intime, qui lui demandait quelques détails sur son tétanos de Pologne, dont il avait entendu parler dans le monde. Qui sait si ce cahier de la *Revue médicale* ne tombera pas dans les mains de l'un au moins des deux médecins nommés dans la lettre, ou de quelque autre témoin aussi compétent, qui nous ferait parvenir d'aprés ses notes ou ses souvenirs le complément de ce fait extraordinaire? Telle qu'elle est, l'observation ne nous paraît pas sans intérêt médical. Il serait difficile, ce nous semble, de ne pas reconnaître les caractères du trismus ou de l'épisthotonos; or les exemples de guérison du tétanos traumatique sont chose si rare qu'on ne saurait les recueillir avec trop de soin, même de la bouche d'un ci-devant *jeune housard.*

« Mon cher ami, je vais donc te donner des détails sur la commotion électrique qui (je le crois) m'a sauvé du tétanos lorsque je fus grièvement blessé dans la campagne de Pologne.

» Voici comme les faits se sont passés, autant que je puisse m'en souvenir; car il y a long-temps que cette cure

a eu lieu. C'était en 1806, le 26 de décembre, qu'à la bataille de Pulstuck je fus renversé sous mon cheval par un boulet qui traversa de part en part ce pauvre animal. Le boulet, en passant, m'arracha une partie du mollet de la jambe gauche et déchira la face externe des muscles jumeaux.

» Pris sous mon cheval, et englouti dans trois pieds de terre délayée, je parvins, comme par miracle, à me retirer de cette mare fangeuse où j'ai vu se noyer bon nombre de soldats et d'officiers qui n'étaient pas même blessés. Sauvé miraculeusement de ce gouffre de boue, j'échappai avec le même bonheur, une heure plus tard, à un incendie qui dévora les maisons et les blessés français réfugiés dans un hameau. Enfin, après deux heures de marche à cheval dans les plus horribles chemins, sous la grêle, et par un chasse-neige épouvantable, je trouvai un abri et un artiste vétérinaire, qui, avec un mauvais couteau, coupa les chairs pendantes, et recouvrit l'énorme plaie d'un bout de corde effilée en guise de charpie. Ainsi pansé, n'ayant rien à manger, rien à boire, je me couchai au milieu d'une soixantaine de mourants, dont les cris lamentables accompagnaient mes sages et tardives réflexions sur la gloire militaire et sur le chemin qui y conduit. Je ne te dirai pas toutes les vicissitudes de mon voyage à Varsovie par un hiver affreux. A peine me sut-il arrivé, que l'excellent docteur Percy, médecin en chef, accourut près de moi, et vint y installer un jeune chirurgien, nommé Levert, frère d'un de mes amis intimes.

» Le mauvais pansement du champ de bataille, suivi de quatre jours de fatigue et d'un manque absolu de soins, le froid de la route et autres misères inhérentes à notre piteuse situation en Pologne.... avaient enflé ma jambe de telle sorte que la première pensée de mes esculapes fut de

la couper pour en finir plus promptement; mais je les fis changer d'idée assez lestement en leur présentant le bout d'un canon de pistolet. — Ils m'envoyèrent au diable : je refusai de leur obéir. Après maintes disputes, nous dissertâmes sur l'opportunité de la *seccatura;* je voulus avoir raison et je parlai le dernier. Alors, mon jeune médecin, M. Levert, me laissa tranquille dans mon lit, boire et manger outre mesure. J'avais fort à faire pour apaiser un appétit d'adolescent aiguisé par l'austérité d'une campagne à la Napoléon et en Pologne !!! Bientôt je devins rouge; ma tête était douloureuse, brûlante et d'une pesanteur insupportable; j'éprouvais des bâillements convulsifs, je me tordais les bras, je me renversais, quoique couché, les reins en arrière, de manière à former de mon corps un accent circonflexe : mes talons tendaient à venir toucher l'occiput. Telle était ma situation après bien des remèdes inutiles, lorsqu'entra dans ma chambre, appelé par mon hôtesse la princesse de Razwil-Nieborow, M. Fontaine, un des premiers médecins de Varsovie : il était Français et établi en Pologne depuis fort long-temps. Il observa avec attention les symptômes que je viens de décrire, et de plus la violente contraction de mes mâchoires; et, sans laisser rien apparaître, il me parla science et physique, et me proposa de me faire voir une superbe machine électrique qu'il venait de recevoir d'Angleterre; il l'envoya chercher à l'instant, et, après deux ou trois petites expériences que j'observais en silence, il me foudroya de plusieurs coups répétés et me renversa dans mon lit plus mort que vif. J'étais couvert d'énormes gouttes de sueur; toutes mes forces étaient anéanties; il en résulta une totale distension des nerfs. Je n'avais plus la force de me soulever. Plus de nourriture d'aucune espèce. Bref, en quelques jours je devins d'une faiblesse extrême, mais je n'éprouvais plus ce

qu'on me disait n'être que des lassitudes nerveuses et que j'appris plus tard avoir été les premiers symptômes du tétanos. »

Voilà l'histoire lamentable et curieuse d'un jeune hussard de 20 ans rendu à la vie par un coup de tonnerre (1).

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Physiologie et hygiène des hommes livrés aux travaux de l'esprit, ou recherches sur le physique et le moral, les habitudes, les maladies et le régime des gens de lettres, artistes, savants, hommes d'état, jurisconsultes, administrateurs, etc.; par J.-H. Réveillé-Parise. 2 vol. in-8°.

Si l'attention des lecteurs de la *Revue médicale* devait être appelée pour la première fois sur ce traité spécial de physiologie et d'hygiène, dont deux éditions ont été rapidement épuisées, nous considérerions comme un devoir d'en présenter une analyse étendue. Mais déjà un homme connu par son talent et ses prédilections pour la philosophie médicale, a rendu compte du travail remarquable de M. Réveillé-Parise (voy. le cahier d'août 1834); de sorte qu'en annonçant la troisième édition, notre tâche se trouve abrégée.

L'intervalle qui s'est écoulé depuis la première publication de cet ouvrage n'a rien changé aux convictions de l'auteur, ni aux préceptes qui en sont les conséquences. Plus que jamais il insiste sur ce qu'il nomme la *loi fondamentale du tempérament des personnes livrées aux travaux de l'esprit*, et le soin qu'il a de ramener tous les aperçus à ce principe culminant conserve toujours un caractère scientifique à une œuvre que la richesse et le charme de la composition feraient déjà distinguer comme production littéraire ayant pour principal objet la vie des hommes illustres.

---

(1) On peut rapprocher de ce fait l'observation du docteur Farini, analysée dans ce cahier de la *Revue médicale*, p. 108. (N. R.)

Voici dans quels termes M. Réveillé-Parise a formulé cette loi fondamentale. D'une part : *disposition nerveuse originelle* ; puis *excès d'action* ; enfin *prédominance extrême, continue du système nerveux* ; de l'autre : *diminution graduelle et presque absolue de la contractilité*.

L'observation que la sensibilité physique et morale et la puissance de contractilité se développent dans un sens inverse, a été faite fort anciennement ; mais nous croyons qu'en l'adoptant pour pivot dogmatique de son ouvrage, M. Réveillé-Parise aura réellement contribué à confirmer et à répandre une vérité de premier ordre dans l'étiologie et la thérapeutique des maladies nerveuses qui affligent plus particulièrement les hommes adonnés aux travaux de l'esprit. Nous tenions d'une haute antiquité que les athlètes étaient de faibles penseurs, difficiles à émouvoir, tandis que les hommes sensibles et intelligents étaient généralement mal partagés sous le rapport des forces musculaires ; mais, au lieu d'être fécondée par l'induction, cette remarque était trop souvent acceptée comme simple fait de coïncidence : on ne disait pas l'intelligence et la sensibilité sont obtuses *parce que* la contractilité prédomine, *et vice versâ* ; il n'y avait que la découverte de la corrélation qui pût rendre l'observation profitable. Cependant, il faut le reconnaître, en l'absence d'une théorie rationnelle, l'expérience avait prononcé, et dès long-temps l'exercice physique était conseillé comme le remède souverain des maladies nerveuses. Les hommes qui s'en occupaient spécialement auraient plus d'une fois renoncé à la pratique s'il leur avait été interdit d'ordonner à leurs malades les divers genres de gymnastique. Or, nous l'avons déjà dit, ajouter à la contractilité, c'est diminuer la sensibilité, et réciproquement.

En développant cette loi des rapports inverses des facultés sensitives et motrices, M. Réveillé-Parise a moins ajouté aux données de l'expérience qu'il ne les a rationalisées. Mais c'était déjà une grande entreprise que de systématiser la physiologie, l'hygiène, la pathologie et la thérapeutique des classes les plus intelligentes de la société, pour ramener tous les phénomènes physiques et moraux qui les distinguent à cette simple formule : *sensibilité en excès, contractilité en défaut.*

Ce principe, que l'auteur met constamment en relief, nous paraît de la plus grande justesse et d'une valeur pratique qu'il est facile d'apprécier. Maintenir l'équilibre dans les fonctions sensitives et intellectuelles d'une part, et la contractilité de l'autre, tel doit être le but dominant de l'hygiène des artistes et des penseurs. Si la constitution nerveuse qui les caractérise se développe jusqu'au degré maladif, la thérapeutique est toute tracée : il faut diminuer les excitants physiques et moraux du système nerveux, et dériver l'influence nerveuse dans les organes musculaires pour ranimer la contractilité. Nous insistons à dessein sur le besoin de rétablir la puissance contractile sur la plupart des affections nerveuses, parce que ce précepte a une importance trop souvent méconnue. Qu'on se convainque bien, que, comparables, en quelque sorte, à un liquide introduit dans les branches recourbées d'un siphon, la sensibilité et la contractilité, du moment qu'elles perdent le niveau, s'abaissent ou s'élèvent en raison inverse l'une de l'autre. Certainement, il paraît quelquefois étrange de dire à un homme qui se plaint d'être impressionnable ou d'être poursuivi par quelque préoccupation opiniâtre, soit du cœur, soit de l'esprit, de dire à cet homme : Promenez-vous marchez beaucoup, exercez vos bras en même temps que vos jambes; la médecine ne possède rien de mieux. On est exposé à se voir demander, avec étonnement, si ce sont là les meilleurs remèdes de l'âme. Eh bien ! oui. Sans doute l'exercice ne vous enlèvera pas la cause d'une passion; mais, en diminuant votre sensibilité, il fera que cette cause aura sur vous moins de prise; elle restera la même, mais vous sentirez autrement, le stimulus aura un autre support. Peut-être que les toniques, qui ne sont pas à dédaigner dans beaucoup de maladies nerveuses, doivent alors leur efficacité à la propriété qu'ils ont d'augmenter la force de cohésion, la tonicité des tissus non réputés contractiles. De sorte que ramener la contractilité et la tonicité à l'état normal, en faisant décliner d'autant la sensibilité, serait toujours l'indication principale dans les affections nerveuses exemptes de complications.

Disons un mot, en terminant, de la manière dont M. Réveillé-Parise a composé et dogmatisé son bel ouvrage. Du point de vue où la médecine l'avait placé, il s'est livré à des recherches biogra-

phiques considérables, il a écouté parler les hommes célèbres, leurs panégyristes et leurs détracteurs, et c'est d'après ces portraits, d'après ces discours qu'il a vu l'être moral se peindre dans l'être physique, tout comme l'homme physique dans l'homme moral. Bientôt, il a cherché les principes de corrélation de ces phénomènes de différents ordres, et l'analyse de ces observations l'a presque toujours ramené à la loi fondamentale que nous avons exposée.

Après avoir donné de justes éloges à la pensée scientifique et pratique de ce travail, parlons aussi de sa forme. La médecine compte bien peu d'ouvrages d'une composition aussi attrayante. C'est comme une galerie non interrompue d'hommes remarquables interrogés par un habile médecin, qui lit l'état de leur santé dans la tournure de leur esprit, et la trempe de leurs âmes dans les apparences de leurs corps. On est toujours en bonne et aimable compagnie avec l'auteur et les personnages, dont il nous redit les belles pensées, les belles maximes, les mots heureux auxquels ajoutent ses propres inspirations M. Réveillé-Parise est peut-être quelquefois entraîné par l'éclat et la facilité de sa verve ; mais s'il arrive au lecteur de trouver que certaines pensées, certaines expressions pourraient être changées de place, au moins est-il qu'il regretterait de ne les avoir pas connues.

A. Lagasquie.

Dictionnaire historique de la médecine ancienne et moderne ; par J.-E. Dezeimeris, bibliothécaire de la Faculté de médecine, etc. Tome IV et dernier (1). Paris, 1839.

Commencé en 1828, ce dictionnaire est enfin terminé, au grand contentement des amis de la science, au bout d'une période de onze ans révolus. Et cependant peut-être eût-il mieux valu attendre plus long-temps encore, et trouver l'œuvre plus complète. Ce n'est

(1) L'ouvrage entier comprend sept volumes ou quatre tomes en sept parties. M. Dezeimeris promet un volume supplémentaire, destiné principalement à donner quelques extraits des ouvrages importants qui n'ont été qu'indiqués par leur titre.

pas que je regrette le moins du monde que la nomenclature des auteurs et de leurs écrits n'ait pas été étendue au-delà des limites que M. Dezeimeris s'est imposées. Bien au contraire, j'aurais désiré qu'il en eût retranché, et que, sacrifiant un plus grand nombre d'écrivains obscurs, ou mieux, d'écrivains aujourd'hui à peu près oubliés, et de titres d'ouvrages qui ne peuvent plus offrir grand intérêt à notre époque, l'auteur eût donné plus de développement à certains articles qui paraîtront beaucoup trop courts à tous les lecteurs sans exception. J'aurais voulu encore que la marche indiquée dans les premiers volumes eût été suivie plus scrupuleusement dans les derniers, et que de même qu'on trouve des articles historiques consacrés aux mots *Anatomie*, *Chirurgie*, *Empiriques*, etc., on eût aussi trouvé quelques généralités aux mots *Épidémie*, *Médecine*, et autres qui n'existent pas dans le dictionnaire. Enfin, je regrette que M. Dezeimeris ait regardé comme inutile de donner en regard des titres allemands ou anglais la traduction française ou du moins l'indication sommaire du sujet.

Quoi qu'il en soit, j'ai déjà, pour ma part, bien souvent mis à profit le Dictionnaire historique de M. Dezeimeris; évidemment, c'est un livre classique indispensable à tout élève et à tout médecin tant soit peu jaloux de secouer la crasse ignorance dans laquelle, faute d'un ouvrage à la portée de tous, végètent, non-seulement un grand nombre de praticiens, mais, qui pis est, une assez raisonnable partie des auteurs contemporains. Grâce aux travaux du savant bibliothécaire de notre Faculté, il sera désormais facile à tout le monde d'avoir quelque notion de l'histoire de la médecine, ou mieux, de l'histoire des médecins, ce qui n'est pas tout-à-fait la même chose. Ce ne serait pas ici le lieu de montrer l'importance et l'utilité d'une pareille étude; nos lecteurs ont pu juger par divers articles de ce recueil du degré d'intérêt qu'elle offre et de l'importance qu'y attachent les rédacteurs de la *Revue médicale*. Nous nous bornerons à leur rappeler ici l'article *Philosophie médicale* placé en tête du tome II de l'année 1835, l'*analyse* du premier volume du nouveau Dictionnaire de médecine (t. III, 1832, p. 398), et les fragments historiques sur la *méningite*, insérés dans le t. III, 1835, p. 161.

Comme le dit avec raison l'auteur du *Dictionnaire historique*, rien de plus ridicule que les prétentions de ces OBSERVATEURS qui croient avoir assez vu pour se faire une médecine à eux, et pour se dispenser d'apprendre ce qu'ont vu leurs prédécesseurs. Ce sont pourtant, ajoute justement M. Dezeimeris, ces prétentions qui ont mis les plus grands obstacles aux progrès de la médecine, la retenant tantôt dans l'obscurité d'un étroit empirisme, tantôt lui donnant la dangereuse apparence d'une science faite, par la coordination systématique de principes qui embrassent à peine un coin de son domaine. Il appartient aux hommes érudits et consciencieux de lutter contre la paresse et l'orgueil qui se réunissent dans l'esprit humain pour engendrer le mépris de l'autorité scientifique. Aussi attendons-nous avec impatience le nouvel ouvrage de M. Dezeimeris, où il se propose de démontrer *par l'histoire*, et d'apprécier à leur juste valeur, les services réels qu'ont rendus à la science ces hommes « qui le prennent de si haut pour prononcer sur des travaux qu'ils auraient eu, peut-être, eux-mêmes, bien de la peine à accomplir. »

G.

Mémoire sur l'emploi du coton en chirurgie, lu à la société médico-chirurgicale de Montpellier ; par Adrien SICARD, chef de clinique chirurgicale de la Faculté à l'Hôtel-Dieu-St-Éloi.

Dans ce petit mémoire, M. Sicard préconise de la manière la plus absolue l'emploi du coton en chirurgie, non-seulement comme succédanée de la charpie, mais encore comme moyen thérapeutique puissant dans certaines affections, telles que l'érysipèle, la brûlure, etc. Nous avons eu dans plus d'une circonstance (1) occasion de rendre hommage au génie pratique et inventif de M. Mayor ; les médecins, les médecins de campagne surtout, qui sont privés des ressources qui fourmillent dans les grandes villes, ont admiré l'ingénieuse facilité avec laquelle il sait y suppléer à l'aide des moyens les plus simples et les plus vulgaires. Des mouchoirs de poche, du

(1) Voir la *Revue médicale*, cahiers de novembre et décembre 1836.

coton en rames, du fil de fer, deviennent entre ses mains de la charpie, des bandes, des attelles, des pessaires, etc.; ce sont là vraiment de grands services rendus à l'art de guérir; mais il ne faut rien exagérer, et parce que le coton pourra quelquefois remplacer la charpie même avec avantage, il ne faut pas en conclure comme M. Sicard qu'il doit *toujours* lui être préféré. Notre expérience personnelle nous a au contraire démontré que, s'imbibant moins facilement que la charpie, il convient moins qu'elle aux plaies vives et qui suppurent. Nous avons essayé comparativement ces deux topiques dans le traitement des ulcères vénériens, et nous avons reconnu que le coton retardait la guérison.

M. Sicard *affirme* que la charpie s'imprègne avec la plus grande facilité des miasmes répandus dans les salles de malades, et il attribue à cette infection les désordres qui surviennent quelquefois chez les blessés; il soutient aussi sans le prouver davantage que *le coton ne s'imprègne pas de miasmes*. Ces deux faits pourtant vaudraient la peine d'être prouvés; mais on ne trouve dans ce mémoire que les affirmations de l'auteur. Nous doutons fort que la Société chirurgicale de Montpellier ait voulu le croire sur parole : par le temps qui court, la parole des maîtres a elle-même besoin de preuves.

A. Rozier.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Leçons orales de clinique chirurgicale faites à l'hôpital de la Charité, par M. le professeur Velpeau; recueillies et publiées par M. le docteur P. Pavillon. 1 vol. in-8° de 572 pages. Prix : 7 fr.

Ce volume contient les généralités de la chirurgie clinique, les ophthalmies, l'hydrocèle, les luxations de l'articulation scapulo-humérale, la cataracte, les varices et le varicocèle, l'introduction de

l'air dans les veines, le traitement de la gonorrhée, la xérophthalmie, les anus contre nature.

Traité de philosophie médicale, ou exposition des vérités générales et fondamentales de la médecine ; par T.-C.-E.-Édouard Auber, docteur en médecine de la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8° de 558 pages. Prix : 6 fr.

Médecine légale théorique et pratique, par Alph. Devergie, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, professeur de médecine légale et de chimie médicale, médecin des hôpitaux de Paris, etc., avec le texte et l'interprétation des lois relatives à la médecine légale, revue et annotée par L.-B.-F. Dehaussy de Robecourt, conseiller à la cour de cassation. 3 vol. in-8°. Prix : 21 fr.

Le tome premier est seulement en vente : les deux derniers volumes paraîtront à la fin de l'année 1839. En prenant le tome premier, on paie l'ouvrage complet.

Traité pratique des accouchements, par F.-L. Moreau, professeur d'accouchement à la Faculté de médecine de Paris. 12e livraison in-fol., contenant les sept premiers temps de la version dans la première position du sommet (occipito-ilium gauche). Prix de chaque livraison : fig. noire, 4 fr., et fig. col., 8 fr.

L'ouvrage aura 15 livraisons in-fol., et tous les souscripteurs recevront *gratis* les 2 vol. in-8° de texte.

Leçons orales de clinique chirurgicale faites à l'Hôtel-Dieu de Paris par M. le baron Dupuytren, et publiées par MM. les docteurs Brierre de Boismont et Marx; deuxième édition, entièrement refondue. Tome III, 1 vol in-8° de 688 pages. Le tome IV s'imprime et paraîtra au mois de novembre prochain. Pr. des 6 vol. in-8° : 36 fr.

Nouveau manuel de médecine opératoire, fondée sur l'anatomie normale et l'anatomie pathologique ; par J.-F. Malgaigne, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien du bu-

reau central des hôpitaux. Troisième édition, revue et augmentée. 1 vol. grand in-18 de 810 pages. Prix : 6 fr.

Réponse à cette question : Les hernies inguinales et crurales qui peuvent être réduites sont-elles susceptibles d'une guérison radicale ? — Mémoire qui a obtenu la première mention honorable au concours ouvert en 1839 par la Société de médecine de Toulouse; par le docteur R. Pasquier, ex-médecin de l'hospice de l'Antiquaille. Broch. in-8° de 48 pages. Prix : 1 fr. 25 c.

Essai sur quelques points de physiologie et de pathologie de la moelle épinière, considérée dans ses rapports avec l'organisme ; par Henri Girard, docteur en médecine de la Faculté de médecine de Paris, chef de clinique médicale à l'École de médecine de Lyon. Broch. in-8° de 72 pages. Prix : 2 fr.

Maladies des organes génitaux et urinaires, exposées d'après la clinique chirurgicale de l'hôpital de Bordeaux ; par J. Moulinié, ex-chirurgien en chef de l'hôpital et professeur à l'École secondaire de médecine de Bordeaux. Paris, 1839. 2 vol. in-8°, fig. Pr. : 12 fr.

Tous ces ouvrages se trouvent à la librairie médicale de Germer Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

ERRATA.

Fautes essentielles à corriger dans le précédent cahier (septembre 1839) *de la* Revue médicale.

Page 360, ligne 22, *au lieu de* matanation, *lisez* malaxation.

Page 381, ligne 17, *au lieu de* d'une ligne, *lisez* d'une demi-ligne.

Ibid., ligne 19, *au lieu de* une ligne trois quarts, *lisez* trois quarts de ligne.

Page 382, ligne 21, *au lieu de* une ligne, *lisez* une demi-ligne.

Ibid., ligne 22, *au lieu de* une ligne trois quarts, *lisez* trois quarts de ligne.

REVUE MÉDICALE.

(*Novembre 1839.*)

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

DE L'EMPLOI

DES FACULTÉS SENSITIVES ET INTELLECTUELLES

CONSIDÉRÉ

COMME CAUSE ET MOYEN CURATIF DE LA MIGRAINE IDIOPATHIQUE,

Mémoire lu à la Société de médecine de Paris

PAR M. LE Dr LAGASQUIE,

Directeur de l'École auxiliaire de médecine.

(Imprimé par décision de la Société.)

Notre pensée serait bien mal comprise, si l'on supposait que nous voulons rattacher à des causes morales toutes les migraines idiopathiques, et que nous croyons qu'il suffirait pour les guérir d'imprimer une autre direction au moral. Telle n'est pas notre opinion : nous n'avons en vue d'éclairer qu'une partie de l'étiologie et de la thérapeutique de ces névropathies cruelles, mais une partie essentielle et souvent négligée.

Les aperçus que nous mettrons constamment en relief ne sont pas nouveaux dans la science, si l'on se borne à considérer que le moral a toujours été mentionné dans la recher-

che des causes et des moyens curatifs de la migraine. Mais, nulle part, que nous sachions, la disposition et l'emploi des facultés mentales n'ont été spécialement analysés comme source ordinaire et remède efficace de l'hémicrânie idiopathique; c'est, au contraire, l'unique tâche que nous nous sommes ici imposée. Il est, d'ailleurs, plusieurs manières d'entendre l'emploi de ces facultés, et l'on jugera peut-être que l'état mental, auquel nous accordons le plus d'influence pathogénique, est justement celui qui semble avoir été oublié. Telles sont les considérations qui nous ont déterminé à rédiger nos remarques.

Notre titre et ce commentaire disent suffisamment que nous n'avons pas entrepris une monographie des migraines. Néanmoins, il convient d'en exposer quelques généralités, et de procéder ensuite par la méthode d'exclusion, pour en venir enfin à l'hémicrânie idiopathique dont une face principale seulement doit nous occuper.

Définissons d'abord la migraine, car il est fort ordinaire de la voir confondue avec des céphalalgies apyrétiques qui diffèrent d'elle sous quelques rapports. La migraine est une douleur de tête sans fièvre, ordinairement limitée à une portion du crâne, violente ou atroce, revenant périodiquement, et le plus souvent sans cause occasionnelle apparente. Elle se distingue d'autres maux de tête apyrétiques, en ce que ceux-ci ne sont presque jamais soumis à la périodicité, et peuvent presque toujours être rapportés à des écarts ou à des accidents de l'hygiène. Ainsi, parmi les céphalalgies non fébriles avec lesquelles elle pourrait être confondue, la migraine a pour caractères distinctifs principaux, ses retours périodiques, une durée prévue, l'obscurité de ses causes déterminantes et l'acuité de ses douleurs.

La recherche de l'origine et du siége des migraines est un objet très-important quand on veut entreprendre d'en écarter les accès, d'en atténuer les souffrances ou d'en prévenir les retours. Pour nous, nous ne balançons pas, à l'exemple des anciens, à reconnaître des hémicrânies idiopathiques et purement nerveuses, d'autres symptomatiques et diathésiques, et d'autres enfin sympathiques : même division étiologique que pour la folie et l'épilepsie. L'hémicrânie idiopathique essentielle fixera particulièrement notre attention; nous élaguons sur-le-champ les deux autres genres. Ainsi, dans ce que nous avons à dire de l'action morale, relativement aux migraines, il ne sera pas question de celles qui peuvent provenir de lésions organiques connues de l'encéphale; d'une pléthore sanguine, bilieuse, lymphatique, muqueuse, séreuse; de quelque flux ou éruption supprimés; d'un principe rhumatismal, goutteux, dartreux, syphilitique, scorbutique; il ne s'agira pas davantage de migraines dont le point de départ est dans les organes digestifs, dans les appareils génital, urinaire, etc.

Nous nous bornons donc à l'hémicrânie idiopathique, et même encore nous avons ici des exclusions à opérer. Nous sommes persuadé que, malgré son intermittence, la migraine se lie quelquefois à des altérations organiques permanentes qui ramènent périodiquement les céphalalgies, comme elles peuvent provoquer des délires intermittents et le retour des accès épileptiques. Il est évident que ces hémicrânies, dépendantes de lésions persévérantes dans quelque tissu, se déroberont à notre analyse, et que nous ne prétendons pas les y comprendre.

Nos recherches s'appliqueront donc spécialement aux migraines que les anciens appelaient nerveuses, essentielles,

sine materiâ; et jusqu'à ce que nous soyons plus éclairés, nous nous garderons bien d'en préciser autrement la nature intime et le siége. Nous ignorons à quelles modifications organiques elles correspondent; et, quant à leur siége, nous sommes bien autorisés à croire que le cerveau y prend quelque part, puisque les influences directement cérébrales concourent si fréquemment à les engendrer et à les reproduire.

La fréquence relative de la migraine idiopathique par rapport aux deux autres genres que nous avons rappelés, nous paraît surtout expliquée par les considérations physiologiques et anatomiques suivantes : l'activité propre du cerveau, tandis que celle des autres organes est subordonnée et passive, et puis la foule de sensations dont il est le centre commun ; le siége à la tête de quatre appareils sensitifs; les embarras faciles de la circulation cérébrale par le nombre et les sinuosités des vaisseaux ou conduits; l'étroitesse et la résistance des orifices osseux qui leur livrent passage ; la trame dense et serrée des tissus fibreux qui revêtent le crâne et peuvent comprimer les canaux sanguins et les filets nerveux.

Dans les trois genres de névroses auxquelles est sujet l'encéphale, et qui correspondent à ses trois ordres de fonctions, les vésanies et les affections convulsives représentent les lésions correspondantes aux fonctions mentales et locomotrices; les migraines nous paraissent constituer le genre de névrose cérébrale qui correspond à la sensibilité. Dire ensuite pourquoi le cerveau n'est lésé que dans une partie de ses fonctions, les autres restant intactes ; pourquoi l'on observe isolement des folies, des convulsions, des céphalalgies ; pourquoi ces lésions fonctionnelles, sans altération anatomique connue, se succèdent, se combinent quelquefois ; c'est encore un mystère physiologique qu'il ne nous est pas donné

d'éclaircir. Mais un fait capital pour les aperçus étiologiques et thérapeutiques que nous devons développer, c'est que les mêmes causes peuvent produire l'aliénation mentale, des accidents convulsifs et les migraines; d'où l'importance d'étudier à fond l'action morale quand il s'agit de l'origine et du traitement de maladies manifestées par des lésions fonctionnelles des centres nerveux. Ce n'est pas tout : ces névroses cérébrales, si différentes par leurs symptômes, quoique les mêmes influences puissent les engendrer, deviennent assez souvent la cause génératrice les unes des autres. C'est ainsi que la continuité du trouble pathologique auquel sont dus les accès convulsifs, conduit fréquemment à l'aliénation mentale; que les céphalalgies apyrétiques précèdent souvent et la folie et les convulsions. Toutefois, hâtons-nous d'ajouter que les maux de tête précurseurs de ces terribles accidents diffèrent communément de l'hémicrânie ordinaire, et que son pronostic est le moins inquiétant de ceux de toutes les névroses cérébrales.

Maintenant il serait superflu de décrire la migraine, et nous arrivons rapidement à notre objet, savoir : l'emploi des facultés sensitives et intellectuelles considéré comme source et moyen curatif de l'hémicrânie idiopathique. Prenant pour guide leur fréquence et leur intensité, voici dans quel ordre nous classons les causes morales :

1° Concentration de la sensibilité : recueillement, vie de conscience ou de sens intime; réflexion de sentiment;

2° Concentration de l'intelligence : méditation sur les choses, sans conscience du moi, sans participation du sentiment;

3° Contention d'esprit sur des objets qui exercent simultanément les organes des sens;

4° Fatigue des appareils sensitifs par suite de sensations trop fortes ou trop prolongées.

Tels sont les principes qui serviront de point de départ et d'aboutissant aux remarques que nous allons présenter sur l'étiologie et le traitement de la migraine idiopathique, ayant déjà prévenu qu'il nous suffirait de développer une partie de son histoire. Dans un sujet où la psychologie et la physiologie seront sans cesse en présence, force nous sera de recourir aux abstractions de l'idéologie, quelque scabreux que soit ce terrain quand on parle de médecine. Il n'est pas en notre pouvoir d'employer les mots pensée, sentiment, comme synonymes de cerveau ou de cervelet ; et quant au mot *âme* que nous emploierons souvent, les personnes qui ne partageraient pas les opinions spiritualistes pourraient ne l'accepter que comme l'expression collective de l'ensemble des attributions morales du cerveau. D'ailleurs, du point de vue où nous serons invariablement placés, toutes nos remarques convergeront vers la seule influence du moral; nous ferons abstraction des autres causes, sans, pour cela, les méconnaître.

Commençons par la prédisposition. L'hérédité des migraines est constatée ; mais nous n'avons pas à insister sur cette transmission obscure, et nous passons de suite au tempérament qui, lui du moins, se révèle par des apparences susceptibles d'analyse. On n'ignore point que la constitution nerveuse est celle qu'on observe le plus fréquemment sur les personnes sujettes aux migraines. Cette constitution peut ensuite se combiner avec d'autres caractères des tempéraments bilieux, sanguins, et même lymphatiques ; mais ce qui prédomine et la distingue, c'est la sensibilité, la tendance et l'aptitude aux rêveries de sentiment et aux travaux

d'intelligence. A peine avons-nous besoin de parler du tempérament mélancolique, qui n'est que la transition de la constitution nerveuse normale à l'état maladif, et dans lequel nous trouvons à la fois et l'exagération des caractères moraux mentionnés, et la fréquence plus grande des migraines.

La prédisposition considérée dans les âges ne s'accorde pas moins avec nos aperçus. On sait que la migraine n'est pas une maladie commune dans l'enfance. C'est que le recueillement et la méditation sont à peine connus de cet âge. L'enfant ne vit pas en lui-même ; il appartient au monde extérieur, ses sens s'appliquent avidement à tout, et l'activité des mouvements s'harmonise avec la vivacité et la mobilité des sensations.

L'invasion des migraines a lieu souvent à la puberté. Alors aussi commence la vie du sens intime ; aux sensations passives succède la sensibilité de réflexion. Il n'est pas très-rare qu'à la puberté le sentiment s'exalte et se concentre jusqu'au degré de la mélancolie. Dans tous les cas, les perceptions réfléchies tendent à prendre le dessus sur les impressions passives, et de là l'origine des migraines.

Ces céphalalgies cruelles sont principalement réservées à l'adolescence, à la jeunesse, à l'âge mûr, et nous n'avons pas besoin d'ajouter que ce sont les époques de la vie où le sentiment et l'intelligence possèdent le plus d'énergie et tendent le plus vers la concentration. La réflexion balance ou domine désormais les impressions et l'action qui se partageaient l'existence de l'enfant.

La migraine est beaucoup moins commune dans la vieillesse que dans la jeunesse et la virilité. C'est que, si le vieillard peut encore penser beaucoup, il sent moins, et la

sensibilité concentrée est la première source de la migraine.

La différence qui existe entre les sexes, sous le rapport de la fréquence de ces névropathies, rentre très-bien dans nos principes. Si la femme y est plus sujette que l'homme, c'est qu'elle est aussi plus sensible, plus dominée par les dispositions affectives ; et le recueillement, chez elle, est favorisé par la vie sédentaire. Les migraines, et d'autres affections nerveuses auxquelles l'expose l'âge de quarante-cinq à cinquante ans, ne proviennent pas moins des regrets nombreux, des peines concentrées, que des troubles de l'organisation qui accompagnent l'époque critique.

La migraine passe pour être plus commune dans les climats chauds que dans les pays froids. C'est que la fatigue des exercices physiques, durant le long période des fortes chaleurs, invite ou contraint l'homme au repos ; l'inaction du corps est compensée par l'activité de l'esprit, et surtout par cette activité réfléchie, concentrée, à laquelle nous attribuons le plus d'influence.

Si le séjour des villes paraît également prédisposer davantage aux migraines que celui des campagnes, comme il prédispose davantage à la folie, c'est que le moral y prend, à l'existence, une part démesurément active, tandis que les forces physiques restent sans emploi suffisant. Quand on compare les habitants de Paris aux agriculteurs du fond de nos provinces, les premiers semblent, en masse, doués du tempérament nerveux.

L'examen des causes occasionnelles de la migraine nous fournira maintenant des preuves plus directes et plus concluantes de l'influence du moral. Le moment est venu de développer nos observations sur les effets de la concentra-

tion de la sensibilité que nous considérons comme la principale cause de la migraine idiopathique.

C'est une remarque anciennement faite, et confirmée par l'expérience de tous les jours, que la migraine afflige surtout les personnes livrées à la vie sédentaire et à l'oisiveté. Mais cette observation ne doit pas être acceptée comme un fait de simple coïncidence, ce sont les lois de corrélation qu'il importe de découvrir, afin que le raisonnement prête son appui aux préceptes pratiques. Voyons donc quels sont les effets de l'inaction physique et du défaut d'occupation. Nous considérons comme parfaitement démontré que l'influence nerveuse est naturellement partagée entre les forces motrices d'une part, les facultés sensitives et intellectuelles de l'autre. Dès qu'on accorde trop à l'un ou à l'autre de ces deux ordres de fonctions animales, l'équilibre de l'innervation est rompu. La part d'influence nerveuse qu'on retranche à la contractilité s'ajoute à la sensibilité et réciproquement. Telle est l'explication rationnelle de l'excellent précepte de la gymnastique pour prévenir et guérir les affections nerveuses. Entre autres faits collectifs qui prouvent la justesse de cette loi de l'innervation, nous nous bornons à rappeler que les maladies nerveuses et les migraines qu'on a toujours rangées dans cette catégorie, sont très-rares chez les agriculteurs et les artisans qui exercent et développent beaucoup les muscles ; tandis que les personnes mal partagées sous le rapport de l'activité et de l'énergie musculaires, les artistes, les gens de lettres, les savants, les hommes de loi, sont les plus exposés à ce genre d'affections. Les effets immédiats de la vie sédentaire sont la diminution de la contractilité, l'augmentation de la sensibilité et de l'activité intellectuelle. Et quels sont maintenant les résultats les plus ordinaires de l'oisiveté

sous le rapport mental? Ce sont les retours sur soi-même, la préoccupation d'objets qui se rattachent à soi, la prédominance du sens intime. Ainsi, tandis que l'inaction physique augmente l'activité de l'âme, le vide de soins à donner, de devoirs à remplir, en détermine la concentration. Voilà comment, selon nous, la vie sédentaire et l'oisiveté sont une cause si fréquente de migraine.

Nous l'avons annoncé plus haut, c'est aux habitudes de recueillement que nous rapportons le plus grand nombre de migraines. Qu'il nous soit donc permis d'insister sur cet état de l'âme, qu'on ne confondra pas avec la méditation, puisque celle-ci pourrait, au contraire, devenir le remède des souffrances que le recueillement aurait engendrées.

Dans la situation mentale qui a particulièrement fixé notre attention comme étant familière à beaucoup de personnes atteintes de migraines, non-seulement l'âme a une tendance opiniâtre à s'isoler du monde extérieur, mais elle a cela de caractéristique que les objets de sentiment obtiennent ses prédilections. Ces personnes sont habituellement préoccupées, distraites, rêveuses, amies du silence et de la solitude, non point par misanthropie, mais parce que la vie intérieure ou de conscience a plus d'attrait pour elles que les rapports avec les objets ordinaires dont elles se trouvent entourées. Les souvenirs ont une part très-active à leur existence et fournissent un aliment inépuisable à leur sensibilité. Les personnes ainsi constituées puisent dans la mémoire du cœur des sujets incessants de peine ou de plaisir; et, tandis que les circonstances ordinaires de la vie paraissent les trouver indifférentes ou impassibles, leur existence s'écoule, au contraire, dans une émotion continue, dont la cause occulte réside dans la vivacité des souvenirs. Du reste,

le passé n'alimente pas seul leur sensibilité réfléchie ; les causes d'émotions présentes, les passions concentrées, les craintes et les espérances la captivent tour à tour. Mais, que ce soient les préoccupations du passé, du présent ou de l'avenir qui tiennent l'âme en émoi, le phénomène saillant sur lequel nous désirons appeler l'attention, c'est le défaut d'une diversion suffisante de la part des objets extérieurs et la prépondérance du sens intime. Nous pourrions ajouter la foule de sensations internes, organiques, obscures, qui assiégent l'encéphale quand il n'est pas occupé par les impressions venues du dehors. La sensibilité n'est pas une faculté passive, elle se comporte à la manière d'un fluide jaillissant qui a besoin d'être dissipé en raison de sa production spontanée. Dans l'ordre normal, la gymnastique modère cette mystérieuse élaboration, les sens externes doivent en dépenser une part, ils l'absorbent même presque en entier dans l'enfance. Lorsque, au contraire, la sensibilité refuse de s'épancher au-dehors, lorsqu'elle se concentre comme dans le recueillement, elle s'exalte alors, et il en résulte à la longue divers désordres nerveux, notamment des migraines. Nous avons souvent interrogé les personnes sujettes à ces cruelles névralgies, et leurs réponses nous ont donné la preuve que l'accès s'annonçait fréquemment par une concentration plus grande de la sensibilité. La céphalalgie n'existait pas encore, qu'elles se sentaient déjà menacées par cela seul qu'il leur était plus difficile de porter leur attention au-dehors, de s'occuper assidûment, de se prémunir contre les distractions, de s'affranchir des rêveries de conscience. Dans cet état d'autocratie du sens intime qui empire jusqu'à l'invasion de l'hémicrânie, l'appareil sensitif externe semble retourné de dehors en dedans, on a des

oreilles pour ne pas entendre et des yeux pour ne point voir, il n'y a de place que pour les émotions de conscience, en attendant que la douleur vienne absorber tout l'être sentant et pensant.

Examinons encore ce que peuvent les habitudes de recueillement dans quelques circonstances qui se prêtent à diverses interprétations. La continence, et plus encore le vide d'affections doivent figurer parmi les causes de la migraine. Nous laisserons en dehors de notre analyse les irradiations instinctives d'un appareil organique destiné à agir et qu'on laisse dans l'inaction ; mais ce que nous devons signaler, c'est l'irrésistible penchant des personnes tendres ou passionnées, et en même temps continentes, aux rêveries et à la contemplation érotiques. Or, aucun sentiment ne concentre et n'exalte davantage la sensibilité que celui de l'amour contemplatif. Il reste alors entouré de ses ravissants prestiges : car il en est peut-être de la beauté comme des grands hommes, l'admiration grandit par la distance, il ne faut pas les voir de trop près.

Nous avons dit ailleurs comment il fallait interpréter les effets de la vie sédentaire, de l'oisiveté; nous devons ajouter de l'ennui, insupportable fléau, lorsqu'au défaut d'emploi des facultés sensitives et intellectuelles se joint leur importune activité.

Pour en finir des rapports qui existent entre les habitudes de recueillement et la migraine, nous ferons remarquer que cette névrose tourmente particulièrement les personnes les plus exposées par idiosyncrasie, par éducation ou par état, aux retours sur elles-mêmes. On sait combien la migraine est fréquente chez les mélancoliques, les hypocondriaques, les hystériques, chez lesquels la sensibilité, habituellement

concentrée, manifeste son exaltation par la tristesse, l'abattement, le désespoir, l'enthousiasme, le ravissement, l'extase. Pour ce qui a trait à l'éducation, les sujets chez lesquels on a développé outre mesure les qualités affectives, le sentiment religieux et l'empire de la conscience, sont ordinairement plus recueillis et plus disposés aux migraines. Enfin, pour ce qui concerne les professions ou le genre d'existence, la remarque est faite que l'hémicrânie est plus commune dans la vie cloîtrée, monastique, sédentaire, oisive, dans le célibat, tout autant de conditions qui favorisent les retours sur soi-même.

Du reste ce n'est pas au recueillement que se borne le rôle de la sensibilité dans la production des migraines; les émotions soudaines, même les passions gaies et expansives, peuvent concourir au développement de ces névropathies, mais dans une proportion infiniment moindre que les passions tristes, dépressives, concentrées.

Après la concentration des forces sensitives, la concentration des facultés intellectuelles nous paraît devoir occuper le premier rang dans l'étiologie de la migraine idiopathique. On sait que, par méditation, nous entendons la réflexion concentrée sur des choses purement intellectuelles, étrangères au sentiment. Telle est la situation mentale du savant qui cherche dans son esprit la solution d'un problème, de l'homme d'état qui pèse les éléments d'un projet de loi, ou d'une transaction inter-nationale, d'un négociant qui calcule les chances d'une spéculation, etc. L'homme absorbé par des préoccupations de cette nature n'a pas la *conscience continue du moi* qui est le sceau du recueillement. Du reste l'isolement du monde extérieur peut être dans les deux cas le même. On se rappelle la fin de l'illustre Archimède, à la

prise de Syracuse. Plongé dans la méditation d'un problème, il ne vit, ni n'entendit le soldat ennemi qui lui demanda son nom à haute voix, l'ordre ayant été donné, par le chef vainqueur, de respecter les jours d'Archimède.

Nous pensons que la fatigue cérébrale, produite par la méditation, est une cause directe et assez fréquente de la migraine ; mais nous sommes loin de la placer sur la même ligne que le recueillement. La contention de la sensibilité agit bien plus fortement sur le système nerveux, que la contention des facultés intellectuelles, et il y a plus de danger à trop sentir qu'à penser excessivement. C'est pourquoi la culture des sciences occasionne moins de maladies nerveuses que l'application aux lettres et aux beaux arts. Il est vrai que cette distinction des facultés sensitives et intellectuelles, quoique conforme à l'observation des phénomènes psychologiques, ne comporte pas un isolement absolu des attributs de l'âme. C'est ainsi qu'il est fort ordinaire que les exercices intellectuels augmentent la sensibilité, et que l'activité du sentiment se communique à l'intelligence. Mais la considération de l'affinité naturelle et de l'alliance fréquente de ces deux ordres de phénomènes moraux, n'exclut pas l'analyse étiologique que nous avons présentée, et nous répétons que la concentration de la sensibilité engendre plus souvent la migraine que la concentration de l'intelligence. Il est ensuite une foule d'états mixtes qu'il faut savoir démêler. Sans parler des méditations du poète, du philosophe, dans lesquelles le cœur travaille à l'égal de l'esprit, l'amour de l'approbation, l'ambition de la renommée, l'estime de soi-même, la conscience anticipée de quelque bien avenir se mêlent souvent à des préoccupations que leur objet connu ferait supposer d'une nature simplement intellec-

tuelle, et voilà comment la pensée se résume en sentiment.

En troisième ligne des causes morales génératrices de la migraine, nous plaçons la contention d'esprit sur des objets qui exercent simultanément les sens. Cet état de l'âme touche de bien près à la méditation, il en diffère néanmoins en ce que les appareils sensitifs externes s'associent nécessairement au travail d'intelligence; il n'y a plus ici de concentration mentale absolue. Telle est la position de l'homme qui fait ou vérifie des chiffres, du géomètre qui trace des figures ou mesure des distances, du peintre qui nuance des couleurs, etc. : la contention d'esprit, l'attention portée hors de soi, peuvent, en pareil cas, être très-grandes, mais les sens externes ont leur part d'activité, et cette participation nous explique l'influence moindre de ces genres de travaux intellectuels, dans la production des migraines.

Enfin la fatigue de l'appareil sensitif externe, par suite de sensations trop vives ou trop continues, nous offre la quatrième et dernière série des causes de la migraine. On n'ignore point en effet que cette névrose peut être produite et renouvelée par l'intensité ou la continuité d'impressions visuelles, auditives, olfactives, gustatives, tactiles. Mais il ne faut pas s'exagérer la portée de cette cause ; nous considérons, au contraire, l'emploi bien dirigé des impressions sensoriales comme un très-bon moyen préventif de la migraine. Il est d'ailleurs de ces sensations qui ont besoin d'être analysées pour qu'on ne se méprenne pas sur l'origine de l'action qu'elles exercent. Pour certaines personnes impressionnables et rêveuses, des sensations externes qui paraissent captiver seules la sensibilité ne sont au contraire qu'une occasion de recueillement. On croirait que l'oreille est attentive aux sons de la musique, que les regards ne s'attachent qu'à dé-

mêler les formes ou les couleurs dans un tableau ; erreur, ces impressions sur les sens n'ont fait qu'élever le diapason de la sensibilité, et, par le fait des habitudes de recueillement, des souvenirs ont bientôt remplacé les sensations. C'est bien moins l'air qu'on écoute, le tableau qu'on regarde, qu'on n'est préoccupé d'émotions que la même musique avait déjà fait naître, que la ressemblance des sites avait fait éprouver ; on est rentré en soi-même, si bien que si l'on était soudainement interpellé, on serait quelquefois embarrassé pour répondre quel est l'air qui frappe l'oreille, quel est l'objet qui fixe les regards, quoique l'un et l'autre soient très-connus.

Disons, en terminant ces recherches étiologiques, qu'il en est du recueillement, de la méditation, de la contention d'esprit combinée avec l'exercice des sens et de la fatigue des appareils sensitifs, qu'il en est, disons-nous, de ces causes morales, comme de toutes les influences pathologiques; c'est-à-dire qu'elles sont toutes inconstantes, qu'elles produisent ou manquent leur effet suivant les dispositions variées de l'organisme. Nous sommes convaincu que l'ordre de causes que nous venons d'examiner joue un très-grand rôle dans le développement des migraines idiopathiques. D'ailleurs nous nous sommes imposé, par le seul titre de cette notice, l'obligation de ne pas envisager sous d'autres faces leur obscure étiologie. Ainsi n'avons-nous rappelé que la part du moral, en examinant des situations dont les aspects étaient multiples. Certes, en parlant des âges, des sexes, des climats, de la vie sédentaire et oisive, etc., il y avait autre chose à considérer que les dispositions morales qui s'y rapportent. On n'a certainement pas tout dit de la physiologie des âges, quand on a fait la remarque que

l'existence morale des enfants était presque tout entière dans les sensations, et celle de l'homme mûr dans la réflexion. Mais nous eussions manqué de précision et de logique si nous avions envisagé autre chose que la disposition du moral correspondante aux diverses situations qui s'offraient à notre examen. L'important pour nous était de ne point trouver d'opposition entre les faits et nos principes. C'est ainsi que, relativement à la prédisposition aux migraines, il y aurait contradiction entre l'observation des âges et notre aperçu, s'il était prouvé que ces affections sont plus fréquentes dans l'enfance que dans l'âge mûr, attendu qu'il est bien constant que, loin d'être concentrées chez l'enfant, la sensibilité et l'intelligence sont extrêmement expansives. Nous en disons autant de toutes les autres circonstances que nous avons fait en sorte d'apprécier. En un mot, qu'on nous prouve que la migraine est plus commune chez les personnes qui font beaucoup de gymnastique, exercent peu le moral et dont les occupations sont en même temps excentriques, nous abandonnons aussitôt notre principe étiologique; dans le cas contraire, nous le considérons comme base de la plus générale et de la plus importante des indications. Nous désirons, seulement, qu'on juge l'exactitude de cette assertion en s'attachant à l'ensemble des faits et non à des exceptions contradictoires. Ainsi, par exemple, quand on annonce, avec trop de raison, que l'aliénation mentale est beaucoup plus fréquente dans les classes qui donnent plus de développement aux facultés morales qu'aux forces physiques, est-ce à dire pour cela que tous les gens de lettres soient voués à la folie, et que cette maladie déplorable ne s'observe jamais chez les cultivateurs et les artisans? Non sans doute. Hé bien, c'est avec le même discernement qu'il

faut peser la généralité de nos observations touchant l'influence des habitudes morales réfléchies, rêveuses, méditatives, dans la production de l'hémicrânie idiopathique.

Après avoir analysé la disposition et l'emploi des facultés sensitives et mentales comme source de la migraine, parlons-en comme d'un moyen palliatif ou curatif de cette affection. Ainsi qu'il est facile de le pressentir, la thérapeutique est ici subordonnée à la méthode des contraires, et quiconque aurait médité les prémisses arriverait aux mêmes conséquences que nous.

Le traitement prophylactique doit remonter à la prédisposition. Lorsqu'on a à craindre l'hérédité, il importe de se défier de bonne heure des causes morales que nous avons signalées, et de les éloigner avec encore plus de soin aux premiers signes d'imminence de la migraine.

Le tempérament primitif ou acquis est la source de considérations pratiques très-importantes dans le traitement des migraines, et nous avons dit que la constitution nerveuse était la plus ordinaire chez les personnes affectées de ces névralgies. Or, ce serait leur prêter un faible secours que de se borner à leur dire d'éviter la concentration des facultés mentales. Plutôt que de leur indiquer l'emploi qu'elles n'en doivent pas faire, c'est l'activité même de la sensibilité et de l'intelligence qu'il faut leur apprendre à modérer, en agissant sur le corps pour parvenir à l'âme. L'hygiène a besoin de prendre les devants sur la philosophie, afin d'assurer son triomphe. Or, nous l'avons ailleurs énoncé, le contre-poids naturel des facultés sensitives et intellectuelles, c'est la contractilité animale et organique, elle seule peut entrer, pour égale portion, au partage de l'influence nerveuse. Ainsi donc le premier conseil à donner aux personnes qui ont des

habitudes de concentration morale, c'est la gymnastique, variée, persévérante, graduellement augmentée ; ce moyen a le double avantage de la diversion par le mouvement, et de l'amortissement de l'excitation mentale, en augmentant la contractilité. Certainement, disions-nous tout récemment, en rendant compte dans la *Revue* d'un ouvrage très-remarquable (1), il peut paraître étrange à quelqu'un qui se plaint d'être trop impressionnable et d'être poursuivi par d'opiniâtres préoccupations de cœur ou d'esprit, de s'entendre dire : Exercez, fatiguez vos muscles, la médecine ne possède pas de moyen plus puissant contre les maux dont vous vous plaignez. Le consultant demandera plus d'une fois avec surprise si la gymnastique est le meilleur remède de l'âme. Eh bien oui ! Certes l'exercice n'enlèvera pas la cause d'une passion, n'en changera pas le caractère; mais, en modifiant le corps, il rendra l'âme moins apte à la ressentir : le stimulus restant le même, le support sera changé. La joie ou le chagrin, dans une circonstance donnée, n'agissent sur les individus avec une différente intensité, que parce que leurs organisations diffèrent.

Généralement, on désespère trop de la possibilité de modifier les tempéraments. Ce n'est pas sans doute chose aisée de changer la trame primitive; mais la constitution acquise peut trouver dans l'hygiène de puissants modificateurs. Pourquoi donc l'opinion contraire est-elle si accréditée? C'est qu'on rencontre rarement assez de persévérance dans ces sortes de traitements. Lorsque la vie sédentaire, l'excitation et la concentration des facultés mentales, pendant plusieurs an-

(1) Physiologie et hygiène des hommes livrés aux travaux de l'esprit, etc., par M. Réveillé-Parise.

nées, auront développé le tempérament spécial des personnes livrées aux travaux de l'esprit, croit-on, par exemple, qu'il suffira de quelques jours ou de quelques semaines pour enchaîner l'activité dévorante de l'âme, et pour restituer leur force contractile aux fibres musculaires qui sont tombées dans un état de langueur ou d'atrophie ? Sur l'avis du médecin, on passera quinze jours ou un mois à la campagne, on s'y livrera aux délassements d'esprit, à la promenade, à l'équitation, à la chasse, à la natation, on en éprouvera un mieux marqué ; mais on reprendra bientôt la vie ordinaire, on retombera dans l'état antérieur, et l'on désespérera de l'hygiène pour modifier le tempérament d'une manière durable. Ce n'est pas cependant l'hygiène qui a tort : elle ne manque ni de lumières ni de puissance ; seulement il ne lui est pas donné de régénérer en quelques jours une constitution qui s'altère depuis des années. Veut-on savoir ce qu'elle peut sur les facultés mentales ? Qu'on obtienne d'un poète, que consume le feu sacré, qu'il congédie sa muse pendant une année pour habiter la campagne et s'y livrer journellement à des exercices physiques un peu rudes, sans se ménager, en quelque sorte, des loisirs pour la réflexion. Lorsque, au bout de ce temps de vie et d'occupations champêtres, ce poète, pénétré du sentiment de la nouvelle vigueur de son corps, voudra rappeler sa muse, il sera tout étonné de la trouver rétive, elle aura moins d'éclat et de fécondité, et la gymnastique qui lui répugnait aux beaux jours de sa verve, aura maintenant plus d'attrait pour lui que la méditation dans laquelle il se complaisait. C'est qu'il aura perdu du côté de l'activité et de la délicatesse des facultés mentales, autant qu'il aura gagné sous le rapport des forces physiques. L'expérience en a été faite et l'on peut la renouveler.

On ne cite que comme de rares exceptions l'alliance de belles intelligences à des corps fortement musclés. L'homme de la civilisation et l'homme de la nature suivent une ligne opposée; les moyens et le but du premier sont pour le développement moral; pour le second, c'est le développement du physique.

Nous le redisons, les premiers soins, dans le traitement des migraines, chez les personnes nerveuses, doivent s'appliquer à réformer leur constitution; autrement on est obligé de centupler les efforts sans obtenir le même résultat. Que gagne-t-on à répéter sans cesse à celui dont le cœur ou l'esprit prennent une part démesurée à l'existence, qu'il est trop sensible, qu'il pense trop, qu'il vit trop en lui-même, et que le moral trouble le physique? Certainement, s'il ne le savait déjà, on lui ferait une remarque utile en l'éclairant sur une source des maux qu'il éprouve ou qui lui sont réservés; mais ce qu'il doit attendre du médecin, ce sont les moyens de tempérer l'activité excessive de la sensibilité ou de l'intelligence. Or, nous avons insisté sur la meilleure formule : *repos de l'âme et travail du corps*.

Cependant il arrive quelquefois que les sujets atteints de migraine n'ont pas une constitution nerveuse ou ne l'ont que très-faiblement prononcée; et chez ceux-ci c'est bien moins la prédominance que le mauvais emploi des facultés mentales qu'il convient de réformer. Les individus pléthoriques ne sont pas seuls exposés aux congestions sanguines; de même ce ne sont pas seulement les sujets remarquables par le développement sensitif et intellectuel qu'on voit affectés de névropathies originaires de l'âme : dans l'un et l'autre cas, il suffit d'une distribution vicieuse, d'un emploi mal entendu. Qu'on n'oublie pas cette remarque, car nous avons

connu des personnes sujettes aux migraines, qui ne se distinguaient pas assurément par une prédominance de sensibilité et d'intelligence, et sur lesquelles néanmoins le mauvais emploi, la concentration des facultés sensitives, l'inégale répartition de l'influence nerveuse, nous paraissaient produire l'hémicrânie.

Nous voici ramené aux quatre ordres de causes morales; nous avons signalé leur influence, il s'agit maintenant de les éloigner. On commencera par rechercher si la migraine se lie à quelqu'une de ces causes, les succès du traitement moral dépendent de ce diagnostic. Pour y procéder avec fruit, on est quelquefois obligé de remonter bien haut dans l'existence morale des individus, et de poursuivre les investigations sur le genre de vie habituel avec beaucoup de discernement et de pénétration. Que de fois ce diagnostic serait basé sur des aveux qu'il serait indiscret de provoquer et qu'on pourrait d'ailleurs ne pas obtenir! Que de fois l'âme ne s'est repliée sur elle-même pour troubler le système nerveux, que parce qu'il lui a manqué des sujets d'expansion! Ces causes secrètes sont fréquentes chez les femmes dont les sympathies développées restent saus objet et sans emploi, ne sont pas comprises, ou n'obtiennent pas de retour.

Quoi qu'il en soit, lorsque l'hémicrânie paraît se rattacher à des habitudes de recueillement, on conseille une existence excentrique. La vie sédentaire, l'oisiveté et la solitude sont trois ennemis dont il convient de se défaire au plus tôt. Il serait très-utile, en pareil cas, d'avoir l'attention continuellement appelée au-dehors, sans se laisser le temps de rentrer en soi-même; qu'il n'y eût point de place pour la réflexion, que l'existence morale fût absorbée par l'action et les impressions extérieures. Mais comment obtenir cette

excentricité de sujets chez lesquels l'âme est devenue concentrique par inclination et par habitude, sans parler des circonstances où elle est tyrannisée par quelque passion? C'est là, sans contredit, la grande difficulté; toutefois, la chose n'est pas impossible. Les cruelles souffrances de la migraine valent bien la peine qu'on tente de s'en affranchir; et souvent il suffirait d'un peu de force et de persévérance dans la volonté. Il faudrait distribuer avec prévoyance et résolution l'emploi de ses journées, de manière à les remplir, soit d'occupations qu'on s'imposerait, soit de distractions agréables. Mais il serait nécessaire que ces occupations ou ces distractions fussent assez assidues et assez contentives pour maintenir l'attention hors de soi, hors des phénomènes de conscience; autrement ces précautions deviendraient illusoires. La méditation elle-même pourrait, au besoin, faire diversion au recueillement chez les personnes qui cultivent les lettres et les sciences, ce serait une dérivation des forces sensitives sur les facultés intellectuelles. Il est presque inutile de répéter que, de tous les moyens qu'on pourrait proposer pour combattre la concentration de la sensibilité, nul n'égale la gymnastique au milieu d'objets ou en compagnie de personnes qui tiennent les sens et l'esprit en activité.

Quoique l'influence morale nous occupe en quelque sorte exclusivement, la sensibilité physique se confond tellement avec notre sujet que nous ne croyons pas entrer dans une digression en lui consacrant quelques lignes. Nous avons dit ailleurs que, loin d'être une force inerte et passive, la sensibilité se comportait à la manière d'un fluide jaillissant qui a besoin d'être dissipé à mesure de sa production. S'il en est ainsi, et bien des phénomènes autoriseraient à le croire,

nous sommes portés à soupçonner une cause inverse des précédentes aux migraines de certaines personnes qui n'exercent pas suffisamment les sens, le sentiment et l'intelligence, pendant que leur vie s'écoule dans le repos et l'oisiveté. Chez ces personnes, l'influence nerveuse, la névrosité, comme d'autres ont dit, ne se dépense pas, à cause de l'inaction du corps et de la paresse des facultés mentales. Dans cet état, le cerveau est trop abandonné aux sensations internes ou organiques auxquelles l'activité de l'âme ferait naturellement diversion ; il est fatigué par cette foule d'impressions obscures dont il est le centre de perception, et de là peut-être des migraines. Les bons effets qu'on obtient encore en pareil cas de la gymnastique et des distractions viendraient à l'appui de la supposition de cet autre genre de concentration occulte de la sensibilité organique. N'est-ce pas encore à la même cause, l'exubérance des sensations viscérales, faute de diversion de la part des sens et de l'esprit pendant le sommeil, qu'il faudrait quelquefois rapporter des céphalalgies qui se manifestent au réveil et se dissipent à mesure que la sensibilité se rouvre aux impressions extérieures ?

Les conseils que nous avons donnés pour vaincre les habitudes de recueillement s'appliquent à la méditation. Il n'y a qu'à faire pour l'intelligence ce qu'on ferait pour la sensibilité, appeler l'attention hors de soi, substituer à la réflexion les sensations et l'action.

La migraine, occasionnée par la contention d'esprit sur des objets exposés aux sens, trouve son remède dans le délassement et les distractions.

Quant à l'hémicrânie qui résulte de la fatigue des sens ; l'indication est encore plus simple : il n'y a qu'à soustraire

l'appareil sensitif externe à des impressions trop fortes ou trop prolongées.

Nous bornons à ce peu de mots l'exposé des préceptes pratiques touchant le traitement de la migraine d'origine mentale. En n'examinant que les états et non les objets psychologiques, nous avons laissé à la philosophie le soin d'apporter son tribut de remèdes. Elle a souvent bien des vides à remplir, bien des passions à diriger ou à combattre; et tel est l'office de conseils éclairés et bienveillants, puisés dans d'intimes conversations ou dans de bons livres. Le reste de la thérapeutique des migraines n'entre point dans notre sujet. Le moral comme cause pathologique, le moral comme moyen curatif, tels sont les deux points de vue que nous avons annoncé devoir nous occuper exclusivement. Là ne se borne pas assurément le traitement des migraines; nous pensons, au contraire, que leur cause et leur siége sont très-variés, et qu'il faut aussi de la variété dans les agents thérapeutiques.

Trois raisons principales, selon nous, ont concouru à propager l'opinion de l'incurabilité de ces névropathies si communes et si cruelles : la première, parce qu'on n'en recherche pas suffisamment l'origine, le siége, les complications, tout autant d'objets, du reste, sur lesquels nos notions sont encore très-bornées; la seconde, parce qu'on ne les traite pas d'assez bonne heure, les considérant, pendant long-temps, comme des céphalalgies accidentelles dont le retour n'est ni prévu, ni appréhendé; la troisième enfin parce qu'on manque d'assiduité et de persévérance dans le traitement. On se soumet difficilement, pendant quelques mois, à suivre strictement un régime, à changer ses habitudes, à prendre quelques médicaments, tout cela pour ob-

vier à des douleurs longuement périodiques et dont les conséquences n'alarment pas. On peut être plein de résolution pendant qu'on gémit sous le poids d'atroces souffrances; mais bientôt elles s'évanouissent, et avec elles la volonté persévérante de s'observer, de s'imposer des privations pour en prévenir les retours. C'est comme le matelot, prosterné pour conjurer la fureur des éléments, qui redevient impie après la tempête.

Quoique la direction du moral n'occupe qu'un rang secondaire dans le traitement des migraines et des autres céphalalgies apyrétiques que des influences physiques ont engendrées, nous pensons néanmoins qu'on ne doit jamais négliger l'hygiène de l'âme, sous peine de laisser des causes auxiliaires s'ajouter à la cause principale. Ainsi donc, même dans les migraines sympathiques diathésiques et symptomatiques, l'emploi des facultés sensitives et intellectuelles a besoin d'être réglé, non point avec l'espoir de guérir par cette seule précaution, mais pour écarter un ordre de causes qui déterminent souvent les accès. Alors, pendant que l'on traite l'altération organique ou humorale à laquelle paraît se rapporter primitivement l'hémicrânie, on a soin d'empêcher que la direction des facultés mentales ne conspire avec les autres éléments morbides pour ramener les céphalalgies.

Disons, en terminant, quelles observations nous ont fortifié dans l'opinion de l'influence du moral comme cause et moyen curatif de la migraine. Nous en avons déjà cité plusieurs de générales en signalant la fréquence de l'hémicrânie chez les personnes dont l'âme est trop active ou manque, au contraire, d'occupation, comme les artistes, les gens de lettres, les savants, les jurisconsultes, les hommes

d'état, et puis les classes sédentaires et oisives. A ces faits généraux que nous avons tâché de soumettre à une analyse logique, sans perdre de vue qu'on pourrait les envisager sous d'autres faces, nous ajouterons notre observation particulière. Nous avons connu plusieurs personnes sujettes aux migraines, et chez lesquelles prédominaient les habitudes de loisir, de concentration de la sensibilité et de l'intelligence. Des circonstances ayant rompu ces habitudes, leur attention ayant été continuellement appelée hors d'elles-mêmes par des causes urgentes et indépendantes de leur volonté, ces personnes, qui avaient d'atroces céphalalgies une, deux ou trois fois par mois, ont été toutes surprises qu'il se fût écoulé un intervalle double, triple, quadruple sans avoir éprouvé d'accès. Quelques-unes enfin ayant continué la vie excentrique se regardent comme guéries. Nous savons assurément qu'il y a autre chose à considérer que les transitions de l'âme, dans le passage de la vie sédentaire et oisive, rêveuse et méditative, à une vie active, laborieuse et excentriquement occupée; mais l'impulsion toute différente qu'en reçoit le moral s'offre certainement comme la circonstance la plus saillante. Enfin, le pouvoir des distractions, pour prévenir et quelquefois pour guérir un accès de migraine, est un fait du domaine de la plus vulgaire observation, tout autant de preuves de l'influence du moral et du parti qu'on peut tirer de sa direction dans le traitement des migraines.

Maintenant il nous reste peu de chose à dire de l'emploi des facultés sensitives et intellectuelles, du moment que les douleurs ont éclaté. Cependant la direction du moral est encore digne d'attention, soit pour adoucir la souffrance, soit pour en abréger la durée. Les personnes sujettes aux

migraines n'ignorent pas qu'il leur a quelquefois suffi d'une puissante diversion morale pour oublier la douleur et pour s'en trouver délivrées. Du reste, l'expérience et l'instinct de chaque malade seront consultés avec fruit sur ce qui leur convient le mieux pour alléger la souffrance. La migraine déclarée nous a toujours paru si capricieuse sous l'influence des moyens moraux, que nous éprouvons quelque hésitation à tracer des règles générales dans lesquelles le discernement pratique doit trouver de nombreuses exceptions. Voici, toutefois, ce qui nous paraît le plus susceptible d'être généralement conseillé : nous considérons comme très-utile de réagir, de porter activement l'attention hors de soi, dès qu'on ressent les premiers symptômes; la migraine augmente à coup sûr si on se laisse aller à recueillir les sensations internes, si l'on s'abandonne aux naissantes douleurs. Au moment donc où l'hémicrânie s'annonce, il serait souvent très-avantageux d'avoir des excursions longues ou multipliées à faire, des devoirs impérieux à remplir, des sociétés attrayantes à fréquenter, de vives distractions à trouver, de manière à avoir l'attention fortement détournée de soi et des phénomènes intérieurs de la sensibilité. Une occupation quelconque, si elle est contentive, assidue et surtout agréable, peut faire avorter une migraine commençante; il est peu de sujets exposés à ces névropathies qui n'en aient fait l'épreuve. Mais, malheureusement, on a peu d'aptitude à se donner l'impulsion, on a presque toujours besoin de la recevoir, et c'est alors aux personnes qui entourent le patient à lui venir en aide, sans avoir l'air de s'occuper de le guérir : car les distractions auxquelles on donnerait trop ostensiblement ce but auraient moins de chances de succès.

Du moment que les douleurs de tête ont atteint le plus

haut degré d'intensité, il devient mal aisé de diriger les facultés mentales, en même temps qu'il est plus difficile de trouver en elles un moyen curatif. Absorbé par la souffrance, le malade ne prête plus qu'une attention distraite aux personnes et aux choses qui l'entourent, l'action de penser est pénible, toutes les impressions ajoutent à la douleur. Dans cet état, on ne cherche que le repos, le silence et la solitude; on se sent incapable de réaction contre la violence et l'assiduité de la céphalalgie.

Cependant il est des individus privilégiés dont l'énergie morale, secondée par des sujets de diversion, peut encore triompher de l'atrocité des douleurs et amener leur cessation presque soudaine. Sans être comparables à ces créatures humaines tant soit peu fantastiques, qui, suivant une pensée germanique, ne mourraient pas si elles conservaient la ferme volonté de vivre, les sujets énergiques dont nous parlons restent capables de se passionner pour une idée, pour un sentiment, pour une partie de plaisir, et leur migraine déclarée s'évanouit bientôt comme un songe.

Tel n'est pas le privilége du plus grand nombre. Ceux-ci, au contraire, ne savent plus qu'obéir à l'instinct qui les invite à l'inaction, au décubitus, à l'éloignement de toute occupation, du bruit, d'une lumière vive, des odeurs fortes. Dans cette situation, le sommeil, qu'un antique et grand philosophe a défini le repos de l'âme sensitive, vient souvent apporter un baume à la souffrance et préparer le bien-être pour le réveil.

OBSERVATIONS PRATIQUES

SUR

LES BONS EFFETS DU MASSAGE, DE LA GYMNASTIQUE ET DES BAINS DE VAPEUR

Dans le traitement

DES MALADIES ARTICULAIRES CHRONIQUES ;

PAR M. SÉGUIN (D'ALBY), D.-M.-P.

Depuis que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie un jeune malade atteint d'un torticolis datant de sept mois, avec commencement de déviation de l'épine, déformation de la face, et sensibilité tellement vive à la région cervicale postérieure que la marche sur un sol inégal était devenue impossible, traité avec succès par le massage et les mouvements d'extension (1), j'ai été témoin de plusieurs guérisons vraiment remarquables obtenues par l'usage des mêmes moyens dans certaines affections contre lesquelles tous les traitements avaient échoué. C'est à l'établissement des Néothermes, où cette médication est tous les jours mise en pratique, que j'ai recueilli les faits dont je me fais un devoir de rapporter les détails, espérant fixer l'attention des praticiens sur un traitement qui n'est que trop souvent négligé, à raison même de sa simplicité.

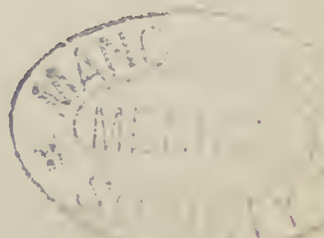
(1) Cette observation a été publiée dans la *Revue médicale*, cahier d'avril 1838.

Il n'est pas rare de voir survenir à la suite de diverses maladies, et principalement des affections rhumatismales et goutteuses, des arthrites chroniques, des fractures, des luxations, des intoxications métalliques, alors même que la cause morbide est détruite, des raideurs musculaires, des contractures, des engorgements et des empâtements cellulaires autour des articulations, une grande gêne dans les mouvements de ces derniers organes, une diminution dans leur étendue, quelquefois une impossibilité absolue de les produire. De là vient que parmi les malades chez lesquels on observe ces divers désordres, les uns boitent d'une manière pénible et désagréable, les autres se tiennent tout voûtés, souvent pliés en arc véritable, quelques-uns se traînent lentement à l'aide de béquilles dont l'usage n'est pas sans inconvénient, comme l'a si bien démontré M. Guérin. Un bon nombre gardent un repos absolu, restent constamment couchés ou assis sur un fauteuil. Par suite de ce genre de vie, il est rare que la santé générale ne finisse par éprouver des dérangements plus ou moins notables. Tantôt les fonctions digestives se troublent complètement, tantôt le sommeil se perd; chez presque tous les malades l'appétit diminue, ils maigrissent, quelques-uns au contraire acquièrent un embonpoint exagéré. Tous, à peu d'exceptions près, deviennent plus irritables. Chez les femmes surtout l'impressionabilité ne tarde pas à devenir extrême. En un mot, tous les désordres locaux et fonctionnels que le repos absolu ou un exercice trop limité ne manquent jamais de produire, se manifestent. Les malades, ou plutôt les infirmes dont nous parlons, sont excessivement nombreux. On en trouve dans tous les rangs de la société, moins cependant dans la classe ouvrière où les individus se livrent plus tôt à l'exercice, à la

suite des maladies dont nous avons parlé. La cause première à laquelle on doit attribuer ce déplorable état est due, sans contredit, aux affections diverses qu'ils ont éprouvées, à l'élément rhumatoïde, arthritique ou inflammatoire qui a exercé son influence sur eux. Nous n'en parlerons pas. Mais il en est une autre, qui peut-être a agi d'une manière plus immédiate et plus directe, je veux parler du repos. Autant en effet dans certains cas le repos est utile et nécessaire pour obtenir la disparition des accidents morbides dont un organe est affecté, autant il est nuisible et fatal dans d'autres circonstances. Ceci s'applique surtout aux organes qui exécutent des mouvements ou qui y contribuent.

Soumettez au repos une articulation, siége d'une inflammation aiguë, vous favoriserez, ou plutôt vous déciderez la disparition de celle-ci. Continuez le repos, lorsque l'arthrite aura disparu ou qu'elle sera passée à l'état chronique, vous produirez tous les accidents que nous avons déjà mentionnés, vous favoriserez aussi la stase des fluides dans les points malades, l'équilibre entre leur sécrétion et leur résorption étant rompu, puisque la première de ces fonctions est activée par le principe d'irritation qui est fixé sur eux, tandis que la seconde manque de l'un de ses plus puissants fauteurs, l'exercice. Ces vérités banales et que tout le monde sait sont cependant tous les jours méconnues, et tous les jours je vois arriver des malades aux Néothermes, victimes de l'oubli d'une des règles les plus simples de la thérapeutique. Ceci tient, selon nous, à deux causes, à la pusillanimité du médecin ou à celle du malade. C'est ce que nous avons toujours constaté dans les cas qu'il nous a été permis d'observer. Sans doute le repos est une des plus grandes conditions de guérison pour faire disparaître les phénomènes

inflammatoires dont les muscles et les organes articulaires sont le siége, et un exercice trop hâtif peut avoir les plus funestes conséquences. Mais il existe ici, comme en toute chose, un *mezzo termine.* La raison qui arrête le plus souvent les praticiens et qui les empêche d'agir, se trouve dans la persistance de la douleur après l'emploi des traitements anti-phlogistiques les plus actifs, douleur qui augmente et qui est du moins réveillée dès que l'on imprime à l'organe quelques mouvements. C'est là l'épouvantail de l'homme de l'art, qui s'arrête, conseille le prolongement du repos, et assure ainsi à son malade ou une ankylose, ou la claudication, ou bien certaines difformités, telles qu'on les observe après le torticolis, le lombago, etc. Quelquefois le malade, effrayé de la douleur, s'oppose fortement à toute espèce d'exercice et devient lui-même la cause de son malheur. Pour nous, nous ne craignons pas dire qu'il ne faut pas trop s'effrayer de la persistance du symptôme douleur, tout en tenant un compte raisonnable de son importance. Souvent, et nous l'avons observé, les mouvements loin de l'augmenter le dissipent, ou si le contraire a lieu les premiers jours, cela ne dure pas, la douleur disparaît bientôt après. Dans peu de temps le jeu d'un organe se rétablit, et l'on prévient ainsi le passage d'une inflammation à l'état chronique, avec toutes ses conséquences. Mais enfin que convient-il de faire, lorsque cette précaution aura été négligée, et que les membres trop long-temps condamnés à l'inaction ne pourront plus exécuter des mouvements ou ne les exécuteront que d'une manière très-incomplète, grâce à la faiblesse du médecin ou à la pusillanimité du malade, par suite quelquefois cependant de la nature même du mal? Faudra-t-il regarder les malades comme incurables, comme devant être abandonnés, lorsque les moyens ordinaires em-



ployés dans ces cas-là auront déjà échoué? Nous ne le pensons pas. Le jeu d'une articulation et les mouvements musculaires peuvent se rétablir quoiqu'ils aient été perdus depuis long-temps. Les faits suivants nous ont prouvé que cela pouvait avoir lieu ainsi :

Mademoiselle E..., de la Picardie, âgée de trente ans, lymphatico-nerveuse, éprouve tous les accidents d'une arthrite coxo-fémorale, à la suite d'un mouvement brusque et violent de la hanche (octobre 1837). Les médecins appelés auprès de la malade (elle en a plusieurs en province et à Paris) conseillent successivement le repos le plus absolu, les cataplasmes *loco dolenti*, les sangsues, les ventouses scarifiées, les vésicatoires. Sous l'influence de ce traitement, les accidents inflammatoires disparaissent ou du moins diminuent d'une manière très-notable; mais les mouvements de la hanche réveillent de la douleur, et la malade s'en abstient complètement. Le médecin ordinaire recommande la prolongation du repos, qui ne fait nullement cesser la douleur; au contraire la douleur devient plus intense, dès que quelques mouvements sont essayés. La malade reste dans cet état jusqu'à la fin de l'hiver de l'année 1839, gardant un repos à peu près absolu, souffrant toujours et n'osant pas marcher. Après cette époque, c'est-à-dire près de deux ans après le début de la maladie, elle se rend aux Néothermes, où elle se confie aux soins du professeur Velpeau. Ce chirurgien examine avec beaucoup de soin le membre qui était le siége des douleurs et ne constate aucune altération appréciable. Il se convainc seulement que les mouvements augmentent les souffrances et qu'ils sont devenus difficiles et très-limités surtout dans le sens de la flexion. Les muscles de la partie postérieure du membre ont perdu

leur souplesse. Ils restent raides et cèdent difficilement aux mouvements qu'on leur imprime. La santé générale est du reste parfaite. Convaincu qu'il n'existe rien de grave du côté de l'articulation, ne s'effrayant nullement des douleurs éprouvées par la malade, M. Velpeau conseille les bains de vapeur, recommande qu'on fasse exécuter au membre des mouvements de flexion et d'extension successifs, afin de dérouiller le membre. Il me charge d'en diriger le traitement. A partir de ce moment, on a recours au massage, et les mouvements de flexion et d'extension sont imprimés tous les jours après les bains. Ils déterminent d'abord des douleurs assez vives qui ne m'empêchent pas de les faire continuer. Peu à peu la raideur et la sensibilité du membre diminuent, les mouvements deviennent faciles et plus étendus. La malade commence à s'essayer à la marche, dont elle augmente tous les jours la durée. Insensiblement le jeu de l'articulation se rétablit, les douleurs sont moins vives, et cette malade, qui depuis deux ans n'osait qu'avec frayeur et ne pouvait sans beaucoup souffrir faire quelques pas, peut impunément aujourd'hui se promener pendant un temps considérable ; elle peut en un mot marcher comme avant son accident. Il est évident pour nous que de même qu'on eût pu éviter à la malade une année de repos et par suite de privations diverses, en ayant plus tôt recours aux mouvements et à l'exercice, on aurait bientôt déterminé une ankylose complète. Déjà une grande partie des mouvements étaient perdus, ceux qui étaient conservés s'exécutaient d'une manière pénible et très-limitée ; les muscles du membre inférieur droit avaient acquis, comme cela arrive toujours dans ces cas-là, une grande raideur.

Nous ferons remarquer qu'un des moyens les plus pro-

pres à favoriser le succès du massage et des mouvements, se trouve, sans contredit, dans l'emploi des bains ou des douches de vapeur. Nous avons en effet maintes fois remarqué qu'après leur usage les tendons musculaires se prêtent plus facilement à une distension graduée; il en est de même de toutes les parties qui entourent les articulations. Dans ce cas-ci, ils n'ont pas été d'une très-grande utilité; car la malade fatiguée par eux n'en a pris qu'un très-petit nombre.

Nous rapprocherons de ce fait l'observation suivante dans laquelle l'emploi du traitement dont nous parlons a eu le plus heureux succès.

Au commencement du mois de mai 1838, madame B... éprouve dans le genou droit, en descendant brusquement de sa voiture, une sorte de faiblesse, comme si, disait-elle, son membre s'était dérobé sous elle. Quelques jours après, une douleur se manifeste dans l'articulation; il survient du gonflement. Quelques résolutifs sont appliqués *loco dolenti*. La malade n'ayant pas gardé le repos, les accidents augmentent, la tuméfaction s'accroît. On constate de la crépitation et de l'épanchement dans l'article : repos absolu, cataplasme émollient. Plus tard, la douleur ayant augmenté on pratique une saignée, on applique des sangsues. Les accidents paraissent d'abord se calmer; mais à la suite d'un mouvement brusque dans son lit, la malade éprouve une douleur vive et subite dans le genou malade; aussitôt retour du gonflement, élancements douloureux, agitation nocturne. Un point rouge au niveau de la partie supérieure du tibia sembla y concentrer l'inflammation; un petit abcès s'y forma; il fut ouvert, et on y plaça un cautère; plus tard un vésicatoire fut appliqué en dehors de la jointure. Quand les symptômes d'acuité furent passés, on insista sur les frictions

résolutives avec la pommade iodurée, le liniment savonneux, etc. Il ne s'ensuivit aucune amélioration : la malade entra aux Néothermes à la fin d'octobre 1838. A cette époque, MM. Marjolin et Velpeau reconnurent le gonflement de l'articulation tibio-fémorale droite. Le tissu cellulaire était empâté, la peau légèrement rouge, les dépressions situées sur les côtés de la rotule effacées ; du reste, pas de fluctuation ni de saillie fongueuse ; les douleurs sont vives, se continuent surtout en dedans sur le tibia ; les mouvements sont douloureux, la marche impossible ; la malade est obligée de se faire porter pour le moindre déplacement.

On diagnostique une maladie des parties fibreuses de l'articulation, et peut-être déjà un commencement d'ostéite ; mais ce dernier point était fort douteux. Les consultants furent d'avis d'appliquer successivement les ventouses scarifiées autour du genou, d'insister sur le repos, les applications émollientes, et plus tard la compression avec l'agaric et un bandage simple ou dextriné.

Ces moyens employés dans le courant de décembre n'amenèrent aucune amélioration. On fut obligé de cesser la compression qui déterminait une douleur vive, il fallut également renoncer au bandage dextriné. Ce fut alors que (25 décembre) M. Velpeau conseilla les bains de vapeur, avec recommandation d'insister sur le massage et d'imprimer au membre des mouvements de flexion. A cette époque le genou était toujours douloureux et empâté. La malade gardait le lit depuis neuf mois. La marche était impossible, on était obligé de porter la malade au bain. Le genou légèrement fléchi était raide et ne se prêtait qu'avec beaucoup de peine et non sans douleur au plus léger mouvement. Les muscles postérieurs de la cuisse et de la jambe, durs et contractés, pré-

sentaient une résistance considérable. Je fis exécuter, cependant, après le premier bain, quelques mouvements très-limités de flexion. Ils déterminèrent de la douleur, ce qui ne m'empêcha pas de les faire renouveler le lendemain et les jours suivants après les bains. Ceux-ci les favorisaient d'une manière bien évidente. Peu à peu les mouvements furent augmentés. Nonobstant les douleurs vives qu'ils occasionnaient quelquefois et qui faisaient pousser des cris à la malade, on les renouvela plusieurs fois dans la journée. Toutefois les accidents inflammatoires ne se réveillèrent pas. Les douleurs diminuèrent peu à peu. La malade put bientôt être confiée aux béquilles et faire quelques pas. Bientôt les béquilles furent abandonnées, et la malade se livra impunément à la marche, sans qu'il en résultât le moindre inconvénient pour sa santé. A la fin du mois de mars, elle était complètement guérie.

Ici, comme dans le cas précédent, les mouvements ont été imprimés au membre malade, alors que les douleurs et quelques autres symptômes qui pouvaient faire croire à la persistance de l'inflammation, existaient encore. Ils ont été continués, quoique d'abord ils augmentassent les douleurs d'une manière très-notable, mais il est vrai passagèrement, et l'on sait cependant ce qui est arrivé. Non-seulement il n'est pas survenu d'inflammation, mais ce qui en restait a disparu, alors que tous les moyens possibles avaient échoué pour obtenir ce résultat. Je ferai remarquer que la difficulté à faire imprimer des mouvements au genou a été très-grande, à raison des douleurs qu'éprouvait madame B..., de la résistance qu'elle y opposait involontairement, et en second lieu à cause de la raideur musculaire qui était très-considérable. J'ai plusieurs fois moi-même imprimé des mouvements au membre, et j'avais besoin de toutes mes

forces pour obtenir quelque résultat. J'ai cru devoir signaler cette circonstance pour démontrer que l'on ne doit pas craindre d'employer avec énergie les moyens indiqués, surtout lorsqu'ils sont combinés avec les bains ou les douches de vapeur, qui, ici, comme dans le premier cas, ont rendu les mouvements plus faciles, et par suite les souffrances moins considérables.

Nous pourrions rapprocher de ces deux faits fort remarquables plusieurs autres encore dans lesquels le même traitement a eu le plus heureux succès. Nous nous bornerons à rappeler ceux qui suivent : M. B..., du midi, banquier à Paris, avait eu, à la suite d'une chute violente, une luxation de la deuxième phalange de l'index de la main droite, et depuis lors avait perdu à peu près complètement l'usage des mouvements de cet organe. Le doigt était constamment crochu. On eut aussi recours au massage; les mouvements d'extension furent graduellement employés, à la suite des douches de vapeur, et le mouvement fut complètement rétabli au bout de quelques jours. Je mentionnerai encore l'observation de mademoiselle C..., âgée de vingt-deux ans, couturière, qui, à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu, ayant affecté les deux poignets, avait perdu les mouvements de ces articulations, quoiqu'on eût employé successivement les sangsues, les vésicatoires, les frictions de tous genres. La malade était depuis plusieurs mois dans cet état, ne pouvant faire aucun usage de ses mains, lorsqu'elle vint aux Néothermes. On lui administra quelques douches de vapeur, que l'on faisait suivre des mouvements de flexion et d'extension. Ils déterminèrent d'abord de la douleur, mais peu à peu celle-ci cessa complètement; le jeu des articulations malades se rétablit complètement. Ces faits, qu'il me serait

facile de multiplier, suffisent, ce me semble, pour démontrer : 1° qu'un repos trop prolongé dans les organes locomoteurs, lorsqu'ils ont été le siége d'une inflammation quelconque, a des conséquences funestes pour le jeu de ces mêmes organes ; 2° que lorsque les mouvements sont restés incomplets ou perdus, l'une des indications les plus puissantes consiste dans un exercice successivement gradué de ces mêmes organes ; que la persistance du symptôme douleur ne doit pas être une contre-indication à l'emploi de ces mêmes moyens, lorsqu'elle n'est augmentée que passagèrement et qu'ils n'occasionnent pas des accidents inflammatoires ; 3° qu'il faut persister dans l'usage de ces moyens pendant un laps de temps souvent considérable, et ne pas craindre de les employer dans certains cas avec beaucoup de vigueur si l'on veut vaincre la résistance musculaire ; 4° enfin, que l'un des moyens qui favorisent de la manière la plus efficace le succès de ce traitement, se trouve dans l'emploi des bains et des douches de vapeur.

NOTE

SUR

LA STÉRILITÉ ET L'AMAUROSE CHLOROTIQUES;

PAR M. BLAUD,

Médecin en chef de l'hôpital de Beaucaire, membre correspondant de l'Académie royale de médecine.

Lorsque nous publiâmes notre premier mémoire sur la chlorose (1), nous fîmes remarquer combien sont variés les

(1) *Revue médicale*, cahier de mars 1832.

symptômes de cette affection, et quelle puissante influence elle exerce sur les différentes parties de l'organisme.

La chlorose, disions-nous, véritable Protée, se présente sous une foule d'aspects divers. Tantôt elle est simple, exprimée seulement par la décoloration de la peau, et sans aucun trouble des fonctions organiques; tantôt, à la pâleur verdâtre, signe caractéristique de la maladie, se joint une céphalalgie plus ou moins intense, obtuse ou vive, pulsative ou déchirante, ayant son siége soit à la région temporale, soit au front, soit à l'occiput, et s'exaspérant par la locomotion jusqu'à devenir intolérable. D'autres fois c'est dans les organes thoraciques que se fait sentir l'influence de l'affection, et l'on remarque alors une oppression plus ou moins considérable que le moindre mouvement menace de porter jusqu'à la suffocation, des palpitations de cœur qui feraient croire à un praticien peu exercé qu'il existe une lésion de cet organe (1); dans d'autres circonstances, c'est dans la cavité abdominale que s'exerce cette influence; et l'on observe alors une anorexie plus ou moins prononcée, une dyspepsie fatigante, quelquefois même une vive douleur à l'épigastre qui simule une gastralgie essentielle, continue ou intermittente, à paroxysmes réguliers ou irréguliers. Enfin, dans d'autres cas, toute l'organisation est profondément

---

(1) Nous avons vu des chlorotiques qui, depuis long-temps soumises à l'action du *sirop de pointes d'asperges* sans en avoir éprouvé aucune amélioration, étaient promptement guéries par nos *pilules antichlorotiques*. Pourquoi cela? c'est que le premier médicament était adressé à un phénomène purement sympathique et dépendant de la chlorose, tandis que le second, agissant directement sur la cause essentielle du mal, en faisait rapidement disparaître tous les symptômes.

atteinte, et la chlorose se manifeste alors sous l'aspect de ces cachexies incurables, effets de lésions organiques profondes, qu'une mort plus ou moins prochaine doit terminer.

Là se bornait notre énumération des divers troubles organiques produits par cette affection. Mais, depuis lors, des faits nouveaux sont venus en augmenter le nombre, et, parmi les plus remarquables, se trouvent la *stérilité* et l'*amaurose chlorotiques* (1).

Les causes de la stérilité n'ont été jusqu'ici recherchées que dans des lésions des parties sexuelles, telles que l'absence du vagin, son étroitesse ou son oblitération, soit naturelle, soit accidentelle, l'absence de l'utérus, l'occlusion, le défaut de conformation, la direction vicieuse, l'engorgement, la dureté de son col, certaines maladies des ovaires, etc. La chlorose n'a point fixé, ce nous semble, sous ce rapport, l'attention des praticiens.

Cependant on conçoit que lorsque l'hématose est viciée, que son produit, le sang, est en grande partie privé de son principe actif, de son principe colorant, les organes, manquant de leur excitant naturel, deviennent moins propres à exercer leurs fonctions respectives, et celles de la matrice et des ovaires peuvent, comme toutes les autres, être profondément troublées et même totalement suspendues en ce qui a rapport à la production des germes et à la transmission de la liqueur prolifique, ce qui constitue la stérilité.

Au reste, ce que la théorie physiologique ne peut se refu-

---

(1) Dans notre dernier mémoire sur l'efficacité de nos pilules, nous avons rapporté une observation de *manie chlorotique* promptement guérie par ce médicament.

ser d'admettre, les faits pratiques le confirment pleinement ; on en sera convaincu par les observations suivantes :

Obs. I. — Madame A. B..., âgée de vingt-deux ans, mariée depuis le 10 août 1838, devint chlorotique peu de jours après son mariage, et nous offrait les symptômes suivants, le 10 novembre, jour auquel elle vint réclamer nos soins : pâleur verdâtre de la peau, oppression, essoufflement, palpitations de cœur au moindre mouvement, et surtout pendant la marche ascendante, bruit fatigant et continuel dans les oreilles, épigastralgie, anorexie ; poids à l'épigastre après les repas, accompagné de nausées et parfois de vomissements ; sentiment de lassitude extrême dans les jambes, malaise général, lipothymies, faiblesse ; les menstrues sont régulières, mais le sang qu'elles fournissent est pâle et décoloré (Pilules anti-chlorotiques. Le 6 décembre, guérison complète ; la peau a repris sa couleur normale : tous les symptômes ont disparu. Le mois de janvier 1839 les règles manquent ; il en est de même dans les mois suivants : grossesse ; accouchement le 10 septembre).

Obs. II. — Madame la comtesse D..., réglée à quinze ans, devint chlorotique peu après la première époque menstruelle. Elle était pâle, décolorée, faible, essoufflée au moindre mouvement ; l'appétit avait considérablement diminué ; elle éprouvait un poids douloureux à l'épigastre après l'ingestion des aliments ; les menstrues étaient régulières, mais le sang en était séro-sanguinolent. Cet état se prolongea jusqu'à l'âge de dix-huit ans, où, après bien des traitements infructueux, on pensa que le mariage serait le remède le plus efficace. Mais il n'en fut rien ; la chlorose n'en devint que plus intense. Enfin, un an après, on conseilla un voyage dans le midi de la France, qui nous fournit l'occasion de

lui donner nos soins. Le traitement anti-chlorotique par nos pilules fut commencé le 4 décembre 1838. (Le 13, le teint commença à se colorer, et, le 18, tous les symptômes chlorotiques avaient disparu. Les règles étaient attendues à la fin du mois; elles ne parurent pas. Il en fut de même le mois suivant : grossesse.) Dans le mois de mars 1839, madame la comtesse D..., au quatrième mois de sa grossesse, partit pour Paris, où elle accoucha heureusement dans le mois de *septembre suivant.*

Obs. III. — Marie-Henriette Dussaud, âgée de vingt-deux ans, était mariée depuis quinze jours, lorsqu'elle commença à pâlir, à éprouver de l'essoufflement, de la lassitude dans les jambes, un sentiment de faiblesse générale, des palpitations de cœur, un bruit de souffle incommode et continuel dans l'oreille gauche, et de la céphalalgie. Cet état persista pendant cinq mois, sans que les menstrues cessassent d'être régulières; mais le sang en était décoloré. Appelé auprès d'elle le premier janvier 1839, nous la soumîmes à notre traitement anti-chlorotique, et le 28 la guérison était complète. Ce même jour, les règles paraissent, abondantes et vivement colorées. Elles manquent le 28 février : grossesse. Fausse couche sur la fin du mois de mars d'un fœtus d'environ deux mois.

Obs. IV. — Madame de S..., âgée de dix-neuf ans, était mariée depuis deux ans, et depuis lors elle offrait tous les symptômes de la chlorose : pâleur verdâtre, essoufflement, palpitations de cœur, faiblesse générale, etc..... néanmoins les menstrues étaient régulières, mais le sang en était séreux et décoloré. (Le traitement anti-chlorotique fut commencé le 15 novembre 1838; la guérison eut lieu le douzième jour;

les règles manquèrent le mois suivant ; grossesse ; accouchement dans le mois d'août 1839.)

Ces observations prouvent 1° que la chlorose peut atteindre les femmes comme les jeunes filles, vu que le mariage, bien loin d'en être le remède, ne tend, au contraire, qu'à l'agraver ; 2° que la stérilité en est l'effet incontestable ; 3° enfin que, par notre traitement, cette complication disparaît aussi aisément que la maladie dont elle dérive.

Quant à l'amaurose, nul doute que la chlorose ne puisse la produire par le seul effet de l'altération du sang, qui n'excite plus convenablement l'appareil de la fonction visuelle ; et bien que nous ne possédions qu'un seul fait de cette nature, il nous paraît tellement concluant, que nous appelons l'attention des praticiens sur ce point d'ophthalmologie, et avec d'autant plus de raison, que ce serait en vain qu'ils chercheraient à guérir cette espèce d'amaurose sans le secours des remèdes anti-chlorotiques.

Obs. V. — Marguerite Combet, âgée de vingt-un ans, irrégulièrement menstruée, était chlorotique depuis dix-huit mois, et, depuis un an, amaurotique, lorsqu'elle nous fut amenée le 5 décembre 1838. Aux symptômes de la chlorose se joignit, dans le mois de novembre 1837, une céphalalgie vive au côté gauche du front, qui, peu après, fut suivie de la dilatation de la pupille du même côté, avec un obscurcissement de la vue qui finit par une cécité complète. Bientôt la vision, du côté droit, commença à s'affaiblir, et la malade pouvait à peine se conduire lorsqu'elle fut soumise à notre observation : les symptômes de la chlorose étaient évidents ; la pupille de l'œil gauche était largement dilatée et ne se contractait pas à la lumière. Celle de l'œil

droit, dilatée aussi, était encore un peu sensible à l'action de ce fluide. La vision était abolie à gauche, très-affaiblie à droite, et tout portait à croire que la cécité serait devenue complète si la maladie avait été abandonnée à elle-même. Le 5 novembre, pilules anti-chlorotiques ; le dixième jour, la chlorose s'était entièrement dissipée, et, avec elle, tous les symptômes amaurotiques ; les pupilles n'étaient plus dilatées, et avaient repris leur contractilité normale à la lumière, la vision était pleinement rétablie.

Cette observation prouve que l'étiologie est la base la plus solide des indications thérapeutiques.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal; par E. Esquirol, médecin en chef de la maison royale des aliénés de Charenton, ancien inspecteur général de l'Université, membre de l'Académie royale de médecine, etc. — 1 vol. in-8° avec des planches.

Pour se faire une idée exacte des travaux de M. Esquirol et en bien saisir l'esprit, il est nécessaire de jeter un coup-d'œil rapide sur l'époque à laquelle ils ont été entrepris, et de rappeler la position scientifique dans laquelle les événements avaient placé leur auteur. Mû par un sentiment philantropique et par ce besoin d'innover qui est propre aux

grands hommes, Pinel venait de remplir auprès des aliénés le rôle de libérateur. Délivrés de leurs chaînes, les insensés étaient enfin des malades, et dignes désormais de l'intérêt que réclame tout être souffrant. Mais là ne se borna point la tâche de l'auteur de la Nosographie. Embrassant du regard de son génie les scènes pathologiques dont les malheureux qu'il avait régénérés étaient les tristes victimes, Pinel, esprit éminemment généralisateur, ne voulut point que ses observations fussent perdues pour la science, et un jour s'échappa de sa plume son admirable Traité de l'aliénation mentale. Son œuvre était grande et digne de lui, mais incomplète. Il avait sans doute soulevé bien des questions; on pourrait même dire qu'il avait entrevu tout ce qu'il y avait de plus général dans la spécialité qu'il avait créée, mais il n'avait pas tout approfondi. Il restait encore bien des détails obscurs à élucider, bien des questions pratiques à éclaircir. Il restait surtout à exécuter ce qu'il avait si bien dit, soit sur le traitement, soit sur les établissements des aliénés. Heureusement ce grand médecin avait un élève et un ami à qui il fit un grand legs : il lui laissa le soin de compléter son œuvre. M. Esquirol comprend dès-lors toute la tâche qui lui est dévolue, et, loin d'être découragé par ce qu'a fait son maître, il fouille plus en avant, il veut voir de plus près encore. Il débute par un voyage scientifique, il court de ville en ville, descend de cabanon en cabanon, y trouve de quoi émouvoir largement son âme et réveiller son esprit investigateur. Se vouant en entier à l'observation clinique des aliénés, vivant sans cesse au milieu d'eux, étudiant leurs mœurs et leurs besoins, dévorant les ennuis de l'observation pénible et délicate attachée à ce genre de malades, appréciant avec soin l'influence des nombreuses causes de la

folie, observant sa marche, ses symptômes, ses crises, les effets des traitements, il a l'honneur de fonder la première chaire clinique sur les maladies mentales; et aujourd'hui, après quarante années d'études, il vient nous dire ce qu'il a vu, ce qu'il a observé.

Avant d'entrer dans les détails de l'analyse, nous exprimerons un regret d'autant plus vif que nous le croyons fondé : c'est celui de voir un livre, tel que celui de M. Esquirol, si bien écrit, si bien rempli de faits, manquer de lien qui en fasse une œuvre systématiquement rédigée. L'ouvrage est sans doute un recueil d'excellentes monographies, où peut-être toutes les questions qui se rattachent à la folie sont examinées; mais ce n'est point un traité complet tel que nous étions en droit de l'attendre de l'auteur. Nous ferons toutefois remarquer que M. Esquirol a remédié, du moins en partie, à cet inconvénient, par la disposition naturelle et méthodique dans laquelle il a classé les différents mémoires qui composent l'ensemble de l'ouvrage. Il se divise en trois parties : Dans la première, M. Esquirol traite d'abord de la folie en général, et s'occupe de certains phénomènes généraux propres à tous les genres d'aliénation, tels que les hallucinations, les illusions, la fureur, l'aliénation mentale des nouvelles accouchées et des nourrices, l'épilepsie, les terminaisons critiques de la folie. Il étudie ensuite les différentes variétés des aliénations : la lypomanie, la démonomanie, le suicide, la monomanie, la manie, la démence, l'idiotie. La deuxième partie est consacrée aux publications de l'auteur sur les établissements et les maisons des aliénés en France, sur la maison royale des aliénés de Charenton, sur le village de Ghéel. Enfin, elle contient la réponse à la question suivante : « Existe-t-il de nos jours

un plus grand nombre de fous qu'il n'en existait il y a quarante ans? » Un mémoire sur l'isolement des aliénés, sur la monomanie suicide, et quelques remarques sur les signes de la suspension, constituent la dernière partie de l'ouvrage.

Le mémoire sur la folie en général étant le chapitre capital du livre que nous avons sous les yeux, celui où se trouvent renfermés les éléments de toutes les autres parties, nous l'examinerons avec soin. Un tableau rapide, mais vivement dessiné, d'une maison de fous, sert, pour ainsi dire, de fronton à cet édifice scientifique. L'artiste pourra s'y inspirer s'il lui prend jamais envie de peindre un de ces asiles de l'infortune. Pour nous, nous y trouvons un tableau fidèle des mœurs de ses habitants.

M. Esquirol passe ensuite à la définition de la folie, dont il nous donne une idée vraie en nous disant que l'aliénation mentale est une affection ordinairement chronique, sans fièvre, caractérisée par des désordres de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté. Cette définition embrasse tout ce qu'il y a de plus général dans cette affection, et nous dit de prime abord quelle est l'opinion de l'auteur sur la question du siége de la folie. Tout en n'adoptant point de système philosophique, M. Esquirol semblerait avoir une tendance à partager les idées de M. Laromiguières sur la classification des facultés en ramenant les lésions de l'entendement à celle de l'attention. Ne pourrait-on pas en faire de même pour la perversion des instincts, pour les monomanies proprement dites? ne pourrait-on pas en trouver la source dans le désordre des appétits, des désirs? Dans ce cas, le système de M. Laromiguières pourrait très-bien s'appliquer à l'étude pathologique de la pensée, ce qui la simpli-

fierait singulièrement. Nous aurions désiré que M. Esquirol, qui, le premier, a si bien signalé les désordres moraux de l'aliénation, nous eût dit sa dernière pensée à ce sujet. Quelques personnes auraient désiré aussi qu'il eût, non-seulement discuté, mais encore adopté la doctrine phrénologique. Pour nous, nous pensons que le silence de M. Esquirol à ce sujet nous dit assez quelle est sa foi scientifique à l'égard du système de Gall. Nous lui saurons plus de gré d'avoir modifié la classification de Pinel en admettant deux variétés de délires partiels : la lypémanie ou mélancolie des anciens et la monomanie. Cette dernière dénomination est heureuse, et elle exprime une variété tellement réelle de la folie, que, malgré les querelles qu'on lui a faites, elle a été si généralement adoptée qu'elle est devenue, pour ainsi dire, populaire. Il est, en effet, incontestable qu'il existe une variété de la folie dans laquelle un certain ordre d'idées prédomine et caractérise le délire. On ne peut nier ce fait à moins de vouloir jouer sur le mot monomanie et de prétendre qu'il n'y a jamais de délire mathématiquement borné à une seule idée. Mais quelle est la manie où il y a délire sur tous les objets? Niera-t-on pour cela son existence? L'étiologie des aliénations est sans contredit une des questions les plus intéressantes qu'un auteur puisse traiter; mais, il faut l'avouer, c'est là aussi une des plus difficiles. Il ne s'agit pas seulement, en effet, d'établir d'une manière positive l'influence des climats, des saisons, des âges, des sexes, des tempéraments, des professions, de la manière de vivre, mais encore des modifications apportées dans cette maladie par les lois, la civilisation, les mœurs, la situation politique des peuples, les idées dominantes des diverses époques, les passions, l'hérédité, et enfin toutes les causes physiques qui

peuvent donner lieu à cette déplorable affection. Question immense et toute hérissée de difficultés! Riche de nombreux matériaux, fort de ses longues études et de sa longue expérience M. Esquirol a jeté, il faut le dire, de grandes lumières sur cette partie de l'étude de la folie, et quoiqu'on puisse peut-être lui reprocher d'avoir tiré des conclusions trop générales et trop absolues de relevés statistiques quelquefois un peu faibles, il n'en est pas moins vrai qu'il est arrivé à des résultats plus positifs, et qu'il a apporté une précision plus grande dans l'appréciation des causes de la folie, que ses prédécesseurs.

Nous avons lu surtout, avec le plus vif intérêt, les réflexions pleines de justesse de M. Esquirol sur l'influence des mœurs et des idées dominantes aux diverses époques de la société. On nous pardonnera de reproduire ici une de ces pages, où l'esprit philosophique de l'auteur se trouve lié à l'éloquence du langage : « Depuis trente ans, dit-il, les changements qui se sont opérés dans nos mœurs, en France, ont produit plus de folies que nos tourmentes politiques. Nous avons changé nos antiques usages, nos vieilles opinions, contre des idées spéculatives et des innovations dangereuses. La religion n'intervient que comme un usage dans les actes les plus solennels de la vie, elle n'apporte plus ses consolations et ses espérances aux malheureux ; la morale religieuse ne guide plus la raison dans le sentier étroit et difficile de la vie; le froid égoïsme a desséché toutes les sources du sentiment. Il n'y a plus d'affections domestiques, ni de respect, ni d'amour, ni de dépendances réciproques; chacun vit pour soi ; personne ne forme de ces sages combinaisons qui liaient à la génération future les générations présentes. Les liens du mariage ne sont plus que

des hochets dont se pare le riche par spéculation ou par amour-propre, et que néglige le bas peuple par dédain pour les ministres des autels, par indifférence ou par libertinage; ces déplorables vérités m'ont empêché de tenir compte de l'état de mariage, de célibat ou de veuvage parmi les femmes qui entrent dans notre hospice, et par conséquent de pouvoir apprécier chez elles l'influence du mariage sur la production de l'aliénation mentale. . . . .

. . . .

» L'altération de nos mœurs se fera sentir d'autant plus long-temps que notre éducation est plus vicieuse. Nous prenons beaucoup de soin pour former l'esprit, et nous semblons ignorer que le cœur a comme l'esprit besoin d'éducation. La tendresse ridicule et funeste des parents soumet aux caprices de l'enfance la raison de l'âge mûr. Chacun donne à son fils une éducation supérieure à celle qui convient à sa position sociale, à sa fortune : en sorte que les enfants, méprisant le savoir de leurs parents, dédaignent la censure de leur expérience. Accoutumé à suivre tous ses penchants, n'étant point façonné par la discipline à la contrariété, l'enfant devenu homme ne peut résister aux vicissitudes, aux revers dont la vie est agitée. A la moindre adversité, la folie éclate, notre faible raison étant privée de ses appuis, tandis que les passions sont sans frein, sans retenue. Que l'on rapproche de ces causes la manière de vivre des femmes en France, le goût effréné qu'elles ont pour les romans et pour la toilette, pour les frivolités, etc., et la misère, les privations des classes inférieures, on ne s'étonnera plus du désordre des mœurs publiques et privées; on n'aura plus le droit de se plaindre si les maladies nerveuses, et particulièrement la folie, se multiplient en France. Tant il est vrai

que ce qui tient au bien moral de l'homme a toujours de grands rapports avec le bien-être physique et la conservation de la santé. »

C'était un beau travail à faire pour un médecin hippocratiste que d'appliquer la doctrine des crises à une affection qui paraissait plus que toute autre ne pas en être susceptible, à raison de la difficulté qu'il y a souvent à saisir, dans la marche de cette maladie, les phénomènes qui caractérisent le grand fait de pathologie médicale. Si quelquefois en effet la manie se juge par une éruption bien caractérisée, par une évacuation sanguine abondante, souvent aussi un rire passager, quelques pleurs, sont les seuls phénomènes critiques qu'on puisse observer. Quoi qu'il en soit, après le grand nombre de faits que M. Esquirol a cités à ce sujet, il ne peut plus exister le moindre doute sur cette question. Et tant il est vrai qu'une vérité, saisie et appréciée par un habile observateur, le conduit toujours à de belles conséquences : il est facile de voir, en lisant le livre de M. Esquirol, que ce médecin a dû la plupart de ses belles cures à ce qu'il a su tenir compte de ce grand fait d'observation. Tout ce que l'auteur nous dit à ce sujet paraît être vrai et neuf. Nous pourrons en dire autant de ses conclusions sur la curabilité et la mortalité des aliénés; pour la première, d'après les relevés de M. Esquirol, elle est d'environ un tiers.

Lorsqu'on songe au grand nombre d'ouvertures d'aliénés que M. Esquirol a eu l'occasion de faire ou de voir faire dans l'espace de quarante ans, on désespère que jamais l'anatomie pathologique puisse jeter de grandes lumières sur le siége précis et la nature de la folie. Voici la conclusion vraiment désolante, du moins pour les fervents adeptes de

l'anatomo-pathologisme, que M. Esquirol a tirée de tant de nécropsies : « On peut avancer, dit-il, qu'il est des folies dont la cause immédiate échappe à nos moyens d'investigation ; que la folie dépend d'une modification inconnue du cerveau ; qu'elle n'a point toujours son point de départ dans le cerveau, mais bien dans les foyers de sensibilité placés dans les diverses régions du corps ; de même que les désordres de la circulation ne dépendent pas toujours des lésions du cœur, mais de celle de toute autre partie du système sanguin. On sera peut-être moins étonné de cette conclusion, si on réfléchit combien la science est encore peu avancée sur l'étude des fonctions physiologiques du cerveau. A plus forte raison doit-elle rester muette sur l'explication des désordres pathologiques. C'est du reste une chose assez remarquable que la pauvreté de nos connaissances positives sur les fonctions d'un organe qui a été l'objet des recherches les plus minutieuses, et les travaux des Willis, Meckel, Morgagni, Gredeny, Chaussier, Gall, Rostan, Esquirol, n'ont eu pour résultat, en ce qui concerne le siége de la folie, que cette terrible vérité : que l'anatomie pathologique ne nous a encore rien appris de satisfaisant sur la lésion qui lui est propre et qui puisse être regardé comme l'élément qui la caractérise. L'anatomie pathologique ne résoudra ce problème que lorsque le physiologiste nous aura indiqué d'une manière précise quelle est la partie du cerveau qui correspond à la mémoire, à la volonté, etc.

Les physiologistes modernes ont bien senti cette vérité. Leurs nombreuses vivisections en font foi, et si le système de Gall eût été vrai, l'anatomie pathologique du cerveau serait déjà faite. La question de l'isolement des aliénés a été savamment traitée par M. Esquirol, à l'article du traitement des

aliénés. Il n'y a rien à ajouter à ce qu'il nous a dit à ce sujet. Nous ne dirons rien sur la manière dont l'auteur a exposé les règles thérapeutiques qui conviennent à la folie; on voit qu'il se trouve tout-à-fait dans son élément, et il a exposé avec le plus grand soin tout ce que l'expérience a pu suggérer à un esprit doué d'un tact pratique rare et d'un grand talent d'observation. H. Seguin.

Traité de philosophie médicale, ou Exposition des vérités générales et fondamentales de la médecine; par E. Aubert, D.-M.-P. — 1 vol. in-8° de 560 pages. Paris, 1839. Chez G. Baillère.

Il y a deux parties dans ce livre. La première contient la philosophie médicale et même des généralités de philosophie, pour laquelle l'auteur semble avoir un goût tout particulier. La deuxième partie contient des instituts de médecine, c'est-à-dire un résumé de pathologie générale, qu'il appelle en quelque endroit pathologie philosophique. Il contient enfin un petit abrégé de thérapeutique générale.

Sous ces trois cadres, en vingt-neuf chapitres, plus une préface, des prolégomènes, une introduction et un avant-propos à la tête de la deuxième partie, l'auteur a trouvé le moyen de parler d'un si grand nombre de choses, même étrangères à la médecine, que nous doutons qu'il ait mis en pratique ce précepte d'Horace :

Denique sit quodvis simplex duntaxat et unum.

Et pourtant un *traité*, et surtout un *traité de philosophie médicale*, semble indiquer un enchaînement, une suite de parties liées les unes aux autres, et toutes devraient être *médicales*.

Dès sa préface l'auteur sentant lui-même le principal défaut de son livre, répond qu'il le destine « non-seulement » aux médecins, mais aussi aux gens du monde, dont le » suffrage n'est pas moins digne d'envie! » A ce compte nous ne lui devons que la moitié des remercîments.

Les premiers chapitres traitent *de la philosophie en général, de la philosophie médicale, de la manière de philosopher*, etc.

Nous y avons remarqué cette pensée : « Que les sciences » sont héréditaires et transmissibles, mais que les arts sont » personnels ; ce qui a fait dire que nos physiciens paraissent si hauts et nos poètes si petits, parce que les uns » sont montés sur les épaules d'Archimède et de Newton, » tandis que les autres se trouvent toujours placés, et malgré eux, en face du divin Homère. »

Cette distinction entre les sciences et les arts s'applique à la médecine-science et à la médecine-art.

Nous avons aussi été très-frappé de cette autre pensée que ceux qui écrivent devraient toujours avoir présente à l'esprit : « S'il y a tant de gros livres, c'est que les auteurs ne » prennent pas le temps ou n'ont pas le talent d'en faire de » plus petits. » C'est la traduction de cette phrase si familière à madame de Sévigné : « Pardon d'avoir écrit tant » de pages, je n'ai pas eu le temps d'en écrire moins. »

Parlant du rapport de la médecine avec les autres sciences, rapport qu'il exagère selon nous au moins relativement à quelques-unes, telles que les sciences politiques et mathématiques, il les passe toutes en revue, sans en excepter la métaphysique, la morale et la logique, etc. « La médecine » entretient aussi, dit-il, des rapports avec les beaux-arts » et les belles-lettres... » Nous aurions été plus surpris encore de trouver à la tête de ces sciences la physique du

monde, si nous n'eussions trouvé plus loin un chapitre sur ce sujet intitulé : *Contemplation de l'univers.*

Tout cela est fort savant; mais... il faut bien le dire, *non erat hic locus,* du moins à notre avis.

Nous aussi nous avons souvent répété cette parole de Zimmermann: « Un médecin qui ne lit pas ne voit que lui-» même dans le monde, et s'expose par conséquent à n'y » pas voir grand'chose.» Mais avec Zimmermann nous appliquons cela à la médecine plutôt qu'aux sciences accessoires à la médecine, et surtout à celles qui lui sont fort peu accessoires. Que les moments d'un médecin sont bien mieux employés à lire de bons ouvrages de médecine pratique, à rédiger et coordonner ses observations, à visiter les indigents, comme l'auteur du reste le conseille, avec les épanchements d'une âme si bienfaisante, qu'à scruter les incompréhensibilités de la philosophie transcendante !

Par une fatalité singulière, l'auteur accorde peu de faveur à l'anatomie et à la chirurgie. Pour nous, nous pensons que toute la vie le médecin-praticien doit en ranimer dans son esprit les souvenirs si fugitifs, surtout, lorsque, comme les médecins de campagne, c'est-à-dire les trois quarts des médecins, on est appelé à pratiquer journellement la chirurgie.

C'est avec un grand plaisir et un grand profit que nous avons lu le chapitre : *De l'École de Cos et de l'hippocratisme primitif.* On voit que l'auteur a lu et relu Hippocrate et qu'il en a profité. Certes, il doit être un bon praticien celui qui comprend aussi bien l'hippocratisme, la nature formatrice, conservatrice et médicatrice ; celui qui comprend aussi bien la médecine expectante qui a fourni à un médecin hippocra-

tiste, à Stahl, son beau livre intitulé : *Ars sanandi cum expectatione oppositâ cum nudâ expectatione.*

Avec l'auteur nous plaignons ceux qui se laissent rebuter de la lecture du vieillard de Cos par un peu de rouille. Cette rouille est le pur effet du temps, et aussi sans doute un peu des copistes; mais frottez, à force de lecture et de méditation, comme M. Aubert, cette rouille qu'on trouve par endroits, et vous marcherez d'admiration en admiration, et cela à votre grand avantage et à celui de vos malades surtout. Si votre esprit et votre patience répugnent à ce travail, lisez au moins les dogmes d'Hippocrate dans les nombreux médecins qui les ont présentés sous toutes les formes depuis plus de deux mille ans : Arétée, Cœlius Aurelianus, Sydenham, Stahl, Bordeu, et surtout dans l'ouvrage si clair et si limpide de M. Cayol, dans cette *Clinique médicale* dont l'auteur que nous analysons parle avec tant d'admiration, et à laquelle il doit les plus beaux passages de son livre.

Le temps ni l'espace ne nous permettent de suivre M. Aubert dans l'appréciation historique et critique qu'il fait de l'École d'Alexandrie, de l'École de Montpellier et de l'École de Paris.

Il a raison, une des gloires de l'École de Montpellier c'est d'avoir pris pour devise cette inscription, dont elle s'est toujours efforcée de se rendre digne : *Olim Coüs, nunc Monspeliensis Hippocrates;* de même que l'une des gloires de l'École de Paris, c'est d'avoir toujours eu dans son sein un plus ou moins grand nombre de médecins hippocratistes qui ont eu le courage d'y défendre l'hippocratisme, même à l'époque de l'apogée du physiologisme, cette *nouvelle doctrine* qui déjà se retire devant la doctrine toujours ancienne et toujours nouvelle des traditions médicales conservées, comme

un feu sacré, de siècle en siècle, sans interruption, par un nombre imposant de médecins dont nous pouvons suivre la chaîne non interrompue depuis nos jours jusqu'à Hippocrate et même au-delà ; car Hippocrate (et c'est là le cachet de la vérité) a pris soin lui-même dans son livre, *De Priscâ medicinâ*, de déclarer qu'il n'est pas l'inventeur de la doctrine qu'il enseignait, bien éloigné, comme on le voit, de ressembler à nos inventeurs de *nouvelles doctrines*.

Le chapitre de la *théorie et de la pratique* constate une grande vérité, l'influence immense de la théorie sur la pratique. Dans le doute, dans l'incertitude, dans la perplexité, ce qui arrive dans beaucoup de cas et dans les plus graves, chaque médecin, même à son insu, se décide d'après la doctrine ou le système qu'il a embrassés. On comprendra après cela l'importance immense de ce que quelques praticiens traitent inconsidérément de luxe et de vanité, on comprendra, comme l'auteur que nous analysons, combien il importe aux médecins praticiens de se retremper souvent par la lecture des *Pères* de la médecine.

Nous retrouvons encore ici un chapitre écrit dans un bon esprit, relativement aux *crises et aux jours critiques ;* il tient un sage milieu entre les exagérations opposées auxquelles cette doctrine a donné lieu, et il dit bien vrai quand il dit que c'est surtout sur cette nature vierge et forte des gens de la campagne qu'on observe bien les crises et les jours critiques.

Nous aimons aussi à le voir rappeler l'attention des médecins de nos jours sur les maladies utiles, sur les maladies palliatives, sur les maladies curatrices et médicatrices, et sur les affections qu'il est dangereux de guérir.

Viennent ensuite une série de chapitres sur la pathologie

générale plutôt que sur la philosophie médicale. Il y traite *de la santé*, de la *maladie en général*, de la *pathogénésie*, de l'*état morbide*, des *causes morbifiques*, des *tempéraments* qui sont traités avec une verve d'autant plus remarquable qu'on ne trouve communément sur les tempéraments que des lieux communs et toujours les mêmes.

Puis il revient encore sur la réaction en général ; il prend pour épigraphe de son chapitre (car chaque chapitre a une épigraphe, mode empruntée à la littérature romantique) ce passage de la *Clinique médicale* de M. Cayol : « L'organisme » réagit contre les causes accidentelles de trouble et de des- » truction en vertu des mêmes lois qui président à l'entretien » de la vie qui n'est elle-même qu'une lutte continuelle de » la force vitale contre les forces opposées. » Là se trouvent exposés, comme au chapitre de l'*École de Cos*, comme à celui de la *Nature médicatrice*, les vrais principes de la médecine ; c'est là de la vraie philosophie médicale.

Malgré les disparates que plusieurs pourront lui reprocher, nous lui pardonnerons assez volontiers de nous avoir, à la fin de son livre, donné un chapitre sur la *thérapeutique générale*, parce qu'il a trouvé le secret, en quelques pages, de poser les véritables bases de la thérapeutique plutôt diététique, hygiénique et expectante que *jugulatrice coup sur coup*.

Nous finirons par un reproche, parce que l'auteur finit par une erreur. Il classe M. Rostan parmi les médecins hippocratistes, à côté de MM. Cayol, Récamier et Double. Pourquoi pas aussi M. Bouillaud?

V.....

De la peste orientale, etc.; par A.-F. Bulard, de Méru. 1 vol. in-8°.

Des expériences hardies avec la peste, de nombreuses ouvertures de corps de pestiférés, une exposition vive et souvent passionnée, tels sont les traits saillants qui distinguent, de la plupart des monographies antérieures, l'ouvrage que vient de publier M. Bulard, après en avoir recueilli les matériaux à Alexandrie, au Caire, à Smyrne et à Constantinople. Quand nous disons que les autopsies cadavériques sont un des côtés originaux du traité de la peste orientale, nous devons ajouter, pour éloigner toute fausse interprétation, que l'auteur n'entend pas être classé parmi les anatomo-pathologistes; il est vitaliste au contraire, et ne le laisse point ignorer. Mais il ne lui a pas été difficile de constater la partie faible dans les histoires de la peste que tant d'estimables observateurs avaient déjà tracées. Tandis que la symptomatologie et la thérapeutique s'y trouvaient exposées avec soin et profusion, le champ restait presque tout neuf pour les recherches nécroscopiques. C'est la première lacune que M. Bulard a fait en sorte de remplir. Il existait un vide non moins sensible dans le genre d'expérimentation auquel ce médecin s'est livré; les questions, il est vrai, étaient posées depuis long-temps, mais il ne fallait pas moins de hardiesse que de discernement pour les résoudre, et c'est la prudence même qui en retardait la solution : telles s'offraient diverses expériences directes et personnelles touchant la contagion et la désinfection. Chaque problème recélait une inconnue de vie ou de mort, et l'on ne se décide pas aisément

à mettre l'existence en jeu pour trancher une question de médecine prophylactique.

Sans attacher à l'anatomie pathologique une importance exagérée dont le bon sens médical a fait justice, nous pensons qu'elle est une utile partie complémentaire de l'histoire des maladies, et, sous ce rapport, M. Bulard nous paraît avoir été bien inspiré en recherchant quelles altérations organiques coïncident ordinairement avec les symptômes de peste, quelles inductions théoriques et pratiques pourraient ressortir de cet examen comparatif. L'intérêt ou tout au moins le mérite de nouveauté attaché aux investigations cadavériques des pestiférés, n'avaient point échappé à la commission médicale d'Égypte dont nous faisions partie, sous la présidence de M. Pariset (de 1828 à 1830); mais elle fut mal servie par les circonstances. Après avoir difficilement obtenu d'Abdalha, pacha de Saint-Jean-d'Acre, la permission de pratiquer des ouvertures cadavériques à Tripoli de Syrie, où sévissait une épidémie de peste, nous fûmes surpris dans un cimetière comme nous venions de terminer la première autopsie, et force nous fut alors de renoncer à des recherches qui avaient violemment soulevé contre nous les clameurs de toute la ville. Au Caire, nous n'avons pu ouvrir qu'un seul pestiféré qui avait succombé à une attaque sporadique, et sur lequel, du reste, nous avons noté la plupart des altérations si souvent retrouvées à peu d'années d'intervalle par M. Bulard. Qu'on nous pardonne cette courte justification d'une lacune qui a peut-être été reprochée à la commission médicale d'Égypte, quoique sa mission expresse fût bornée à la *recherche des causes génératrices de la peste*, et qu'elle ait publié ses observations sur cette question ardue qui domine toutes les autres.

Nous disons donc que le traité de M. Bulard renferme un ensemble de nouveaux documents sur l'anatomie pathologique des pestiférés, et ces documents ont été puisés, non dans les livres qui en étaient vides pour la plupart, mais dans de nombreuses autopsies cadavériques. Les inductions que l'auteur a tirées de ces ouvertures de corps nous paraissent généralement judicieuses. Il ne faut rien moins que l'aveuglement des systèmes pour rapporter à une gastro-entérite, ou à toute autre phlegmasie locale, une maladie aussi formidable, aussi foudroyante que la peste. A peine l'ingestion de quelque substance toxique et corrosive serait-elle capable de frapper de mort aussi promptement; et très-certainement alors on ne constaterait pas des phénomènes de maladie, de décomposition, dans toutes les parties du cadavre. La peste est une affection générale s'il en fut jamais : fluides et solides, tout est altéré, comme dans les empoisonnements virulents ou miasmatiques. M. Bulard pense que le système lymphatique est atteint le premier, et que c'est celui qui offre les altérations les plus constantes.

La partie de l'expérimentation est, sans contredit, la plus remarquable de l'ouvrage de M. Bulard. Ce n'est pas des essais thérapeutiques que nous parlons, car malheureusement on n'est pas plus avancé aujourd'hui qu'on ne l'était le siècle dernier dans le traitement de la peste. Point d'indication nouvelle ni de nouveau moyen curatif auxquels l'expérience ait donné une encourageante sanction. Les praticiens les plus sages, et tel est aussi l'avis de M. Bulard, en sont réduits à épier les indications générales, les mouvements curatifs spontanés de l'organisation, comme dans le choléra, la fièvre jaune, et toutes les affections générales graves ou typhoïdes. Nous n'avons pas suivi d'autre mé-

thode pendant l'épidémie pestilentielle de Tripoli de Syrie.

Mais il y avait autre chose que les agents thérapeutiques à expérimenter dans la peste, et, sous ce rapport, l'ouvrage de M. Bulard offre plus d'un genre d'intérêt. La question si grave et si périlleuse de la contagion s'y trouve traitée expérimentalement d'une manière large, logique et courageuse. L'auteur ne s'est pas borné à recueillir et à peser des faits basés sur des témoignages, ou préparés par des circonstances qui seraient venues s'offrir à son examen; il s'est livré à des expériences dangereuses sur lui-même; il a vu des confrères montrer le même dévouement; des criminels aussi ont été soumis à diverses expérimentations. Les preuves de contagion nous paraissent ressortir avec une entière évidence de l'ensemble des faits rapprochés par M. Bulard. Que les adversaires de cette doctrine cessent donc de conclure que la peste n'est pas contagieuse parce qu'on peut toucher des corps pestiférés ou contaminés sans contracter la maladie. C'est ainsi cependant que raisonnent les expérimentateurs dont l'attention, exclusivement fixée sur l'agent pathologique, ne tient pas compte de la disposition si variable et si obscure des organisations et d'une infinité d'influences extérieures, préservatives ou auxiliaires... Qu'on m'expédie des vêtements de pestiférés de Constantinople ou d'Alexandrie, disait naguère un médecin distingué, dont l'énergie des opinions fut remarquée dans les débats sur la fièvre jaune, j'irai m'en revêtir au lazareth; et si l'épreuve répond à mes convictions, j'espère qu'on ne balancera pas à proclamer la non-contagion de la peste et l'inutilité des quarantaines fondées sur l'inexpérience et la peur... A Dieu ne plaise que les hommes préposés à la garde de la santé publique se prononcent aussi légèrement! Jamais les conta-

gionistes n'ont prétendu que le contact fût un moyen sûr de contracter la peste : ils ont envisagé la contagion du même point de vue que toutes les causes occasionnelles de maladie, ni plus ni moins ; or, le caprice des prédispositions les rend toutes inconstantes. Est-ce que quand une atmosphère catarrhale enveloppe une cité tous les promeneurs contractent des rhumes? Est-ce que tous les ouvriers soumis aux émanations du plomb sont atteints de la colique saturnine? Et pourquoi les forces réagissantes et tutélaires de l'organisme ne se comporteraient-elles pas de même en présence de la contagion et de l'infection? Dans l'un comme dans l'autre cas, c'est un principe pathologique qui subjugue ou qui est repoussé.

Du reste, en appuyant le maintien de ces institutions séculaires, M. Bulard pense que les réglements sanitaires des quarantaines pourraient être modifiés, et c'est une opinion que nous partageons depuis long-temps. Dans ce but nous avons présenté, il y a quelques années, à M. le ministre du commerce, un plan étendu indiquant les recherches à faire, les moyens d'y procéder, et les sages réformes auxquelles des documents nombreux et authentiques pourraient amener, en offrant d'égales garanties à la sécurité publique qui veut être protégée, et aux relations de la France avec l'Orient qui demandent à être allégées de leurs lourdes entraves.

Animé des mêmes intentions, M. Bulard vient d'adresser un nouveau projet de réforme au gouvernement français. D'après lui, les quarantaines, qu'il faut maintenir, seraient susceptibles d'une grande réduction, à l'aide de mesures désinfectantes très-simples. Il suffirait d'une température artificielle égale, appliquée pendant quelques heu-

res aux personnes et pendant quelques jours aux objets ; ou bien de l'immersion dans l'eau pour les corps que le lavage ne pourrait altérer. En voyant proposer des pratiques aussi simples et aussi commodes, nous regrettons que les considérations et les expériences présentées par M. Bulard n'aient point cette force décisive qui entraîne les convictions et prépare inévitablement les réformes.

La question si importante de l'origine primitive ou spontanée de la peste n'a pas été inaperçue par l'auteur ; mais elle nous paraît trop superficiellement traitée, et nous craignons bien que son opinion à ce sujet soit plus spécieuse que solide. Voici comment il l'a lui-même résumée : « Nous considérons la peste comme une maladie transformée, dont la cause spécifique, primordiale, extra-individuelle à son origine (de quelque part qu'elle vienne) revêt bientôt par un pur phénomène d'élaboration pathologique un caractère nouveau de spécificité exclusivement individuelle, comme le démontrent sa contagionabilité et l'immunité par l'isolement ; à la manière de certaines affections charbonneuses, de la rage, de la petite vérole, etc., qui naissent d'abord d'influences extérieures, et se transforment ensuite de telle sorte qu'elles ne sont plus susceptibles de se propager qu'en raison d'une cause spécifique absolument individuelle. » Et plus loin : « Jamais la peste ne se développe spontanément, à la manière épidémique ; jamais au plus terrible de ses ravages, un seul accident n'a pu, en Orient, être évoqué d'une habitation européenne sous quarantaine vraie. »

Quelque convaincu que nous soyons depuis bien longtemps, et des propriétés contagieuses de la peste et des bénéfices de l'isolement, l'opinion que nous venons de rapporter textuellement nous paraît trop conjecturale sous un rapport,

et sous l'autre trop exclusive. Nous pensons qu'il existe pour la peste deux modes d'origine et de propagation, l'infection et la contagion. Mais nous ne voulons pas entrer ici dans une discussion qui nous entraînerait trop loin. D'ailleurs nous avons déjà publié nos opinions à ce sujet dans la *Revue médicale* (v. 1834).

Réunissant le double caractère d'une monographie et d'une relation historique des pestes de 1834 et 1835, l'ouvrage de M. Bulard contient aussi une notice biographique des médecins européens qui ont été aux prises avec ces affreuses épidémies. Nous ne devons pas nous associer ici à l'auteur pour décerner nominativement des éloges ou du blâme aux médecins qui ont montré du dévouement ou qui ont obéi à des suggestions égoïstes ; mais nous aimons à revendiquer pour la France et pour la médecine l'honneur qui leur revient de l'héroïsme que plusieurs de nos compatriotes et confrères ont déployé en présence d'un fléau dont le nom seul porte l'effroi chez tous les peuples de la terre. En tête de ces hommes courageux, la justice nous commande de citer M. Bulard.

Si, après avoir jugé le livre, estimable sous plusieurs rapports, il nous est permis de dire un mot de l'auteur, que nous ne connaissons que par ses œuvres, nous exprimerons sincèrement le regret de le voir si préoccupé de ne rien devoir qu'à lui-même, dans une spécialité scientifique où l'intelligence d'un seul est si peu de chose pour trouver le dernier mot d'une foule de problèmes, à la solution desquels chaque observateur vient apporter son tribut de méditations. Un caractère enthousiaste et entreprenant, et l'ambition si ostensible de la renommée, ont inspiré à M. Bulard des actions vraiment héroïques ; mais alors même que leur mobile

peut être avoué, les vertus du paganisme n'occupent que le second rang, et l'on estime davantage un auteur qui, dégagé de sa propre personne dans le récit de ses travaux, laisse deviner au moins une partie de son mérite.

A. LAGASQUIE, D.-M.-P.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS.

Épidémie de suette miliaire. — Lettre sur les moyens d'éteindre la petite vérole en France. — Épilepsie guérie par la brûlure et par l'amputation. — Ablation totale d'une partie d'un doigt. — Blessure de l'artère; anévrisme faux consécutif. — Maladies de l'Arabie. — Acides employés contre la rage. — Morsure de vipère traitée par l'euphorbe. — Rétention urinaire guérie par le seigle ergoté. — Affections calculeuses. — Empoisonnement par l'acide prussique. — Empoisonnement par le suracétate de plomb. — Empoisonnement par l'acide oxalique.

Gazette médicale (Octobre 1839).

I. — *Histoire de l'épidémie de suette miliaire qui a régné dans plusieurs communes de l'arrondissement de Coulommiers pendant les mois de mai et juin* 1839 ; par MM. BARTHEZ, GUÉNEAU DE MUSSY et LANDOUZY, docteurs en médecine, anciens internes des hôpitaux de Paris. — Au mois d'avril 1839, quelques cas de suette miliaire se manifestèrent à Orly. Au mois de mai, cette affection prit un caractère épidémique. Le 10 mai, la commune de Saint-Cyr fut envahie, puis celle de Saint-Ouen ; huit jours plus tard, celle de Done : la maladie fut moins grave dans ce dernier village. Presque

tous les malades y guérirent parfaitement et sans avoir à subir une longue convalescence, tandis qu'il n'en fut pas ainsi à Saint-Cyr, Saint-Ouen et Orly. On pourrait expliquer ce fait par la position de ces villages : Done est situé sur le point le plus élevé du département de Seine-et-Marne, tandis que Saint-Cyr, Saint-Ouen et Orly se trouvent dans le fond d'une vallée étroite, arrosée par deux rivières, dont les eaux, pendant l'hiver et lors des grandes pluies, inondent toutes les plaines environnantes.

Souvent la maladie a débuté sans aucun signe précurseur, et s'est manifestée soudainement, au réveil, par des sueurs plus ou moins abondantes. Quelquefois elle était précédée, pendant deux ou trois jours, ou seulement pendant quelques heures, de malaise, de lassitude, de douleur dans les articulations et surtout dans les poignets ; de céphalalgie sus-orbitaire plus ou moins intense, d'une douleur plus ou moins vive dans la région épigastrique, de nausées, de vomissements, rarement de diarrhée, et dans ce cas elle était toujours peu intense.

Les sueurs étaient rarement précédées de frisson. Elles étaient quelquefois modérées, le plus souvent très-abondantes, dans quelques cas effrayantes. Elles avaient en général une odeur fétide, assez semblable à celle qui s'exhale des matières organiques en putréfaction.

La langue, dès le début, était blanchâtre, recouverte d'un enduit épais ; ses bords et sa pointe n'offraient aucune rougeur anormale ; elle était épaissie, et cette augmentation de volume fut quelquefois assez prononcée pour rendre la parole embarrassée. Elle était presque toujours humide. La bouche était pâteuse, mauvaise, dans très-peu de cas amère. La soif n'était vive que lorsque la fièvre était intense, ce qui avait lieu rarement : celle-ci s'observait dès le début, mais cédait le troisième ou le quatrième jour,

c'est-à-dire après l'éruption; et, quand elle se prolongeait, ce n'était que par accès qu'elle se manifestait et lorsqu'il devait se faire une nouvelle éruption ou qu'il y avait une rechute. Le plus souvent, ces accès de fièvre n'étaient pas précédés de frisson, et quand on en observait, il était de courte durée. Toutefois, chez plusieurs personnes qui succombèrent à la suite d'un refroidissement, un frisson violent accompagna toujours la disparition subite de la sueur et de l'exanthème, et fut le prélude d'accidents graves qui amenaient la mort en quelques heures.

Presque constamment il y a eu une constipation opiniâtre qui persistait malgré les lavements purgatifs. Les urines étaient rares et généralement rougeâtres : elles laissaient déposer au bout d'un peu de temps un sédiment abondant. Plusieurs malades éprouvèrent, du deuxième au quatrième jour, une dysurie passagère, accompagnée quelquefois de ténesme vésical et d'un sentiment de brûlure dans le canal de l'urètre et de douleur dans la vessie. Quelques malades eurent des épistaxis très-abondants.

Le symptôme le plus important de la période d'invasion était un sentiment de pression épigastralgique. Ce sentiment était accompagné d'une douleur qui, partant de l'épigastre, remontait entre le dos et les épaules, et s'étendait quelquefois jusqu'au cou et aux parties latérales de la tête, où elle produisait une sorte d'engourdissement. Les malades affectés de ce sentiment de pression se plaignaient d'étouffer, demandaient de l'air, et portaient les mains avec violence dans la direction du sternum, comme pour arracher le mal qui les oppressait. Ces suffocations épigastriques revenaient par accès de cinq à six minutes et laissaient entre eux cinq à six minutes environ d'intervalles. Quand ces étouffements étaient portés au plus haut degré, on voyait les malades s'agiter, demander à grands cris

qu'on leur enlevât le poids qui opprimait leur poitrine. Alors la sueur et l'éruption se supprimaient, le délire survenait, la peau devenait brûlante; une sueur visqueuse couvrait la face, des syncopes se succédaient ainsi que d'autres accidents nerveux, et le malade succombait rapidement.

L'éruption eut lieu presque constamment au quatrième jour, quelquefois au troisième, et d'autres fois le septième et même le huitième jour. Elle avait en général disparu le dixième ou le douzième jour. La durée moyenne de chaque vésicule fut de quatre jours environ. Elles présentèrent trois variétés distinctes. Le plus souvent, l'éruption commençait par de petites taches rouges, arrondies, saillantes à leur centre, et s'effaçant sous la pression du doigt; elles avaient une à deux lignes de diamètre, et l'on distinguait, avec la loupe, à leur centre une petite saillie vésiculaire transparente. D'autres fois on voyait apparaître des vésicules plus nombreuses, entourées à leur base d'une auréole d'un rouge vif, grosses le plus souvent comme des grains de chenevis et quelquefois comme une lentille ou même un pois. Enfin, chez beaucoup de malades existaient des vésicules transparentes, sans auréole, ressemblant tout-à-fait à des sudaminas. En général, quel que fût le caractère des vésicules, l'éruption était très-nombreuse et confluente. Le liquide des sudaminas conservait en général sa transparence jusqu'à leur disparition; celui des vésicules de la première variété devenait le plus souvent opaque, celui des vésicules de la deuxième variété le devenait constamment. Dans la première variété, le plus souvent il n'y avait pas de desquamation; ou, si elle s'observait, elle était très-fine et farineuse. Dans la deuxième variété, l'épiderme se détachait, tantôt par de menues écailles furfuracées, tantôt par de petites parcelles plus volumineuses; enfin,

on a vu quelquefois, lorsque les vésicules avaient été très-volumineuses, l'épiderme des pieds et celui du ventre s'enlever presque d'une seule pièce. La période de la desquamation durait un septenaire environ. Quelques malades ont affirmé n'avoir eu d'éruption à aucune époque, et ne présentaient en effet aucune trace de desquamation. D'autres eurent une éruption des plus prononcées sans présenter de la sueur. Plusieurs eurent des rechutes caractérisées par la réapparition des symptômes qui avaient accompagné la première atteinte de la maladie; en général, leur durée fut courte.

Le traitement consista dans la médecine des symptômes, une hygiène et un régime convenables. Les sangsues au creux de l'estomac, les saignées, furent employées quelquefois contre les étouffements et le sentiment de pression épigastrique : elles eurent des résultats variés. Un médecin qui ne combattit ces accidents que par les antispasmodiques, les opiacés et les révulsifs fréquemment répétés, sans jamais employer d'émissions sanguines, ne perdit pas un seul malade.

II. — *Lettre sur les moyens d'éteindre la petite vérole en France*; par M. Castera, ancien magistrat. — M. Castera, se fondant sur ce que la loi ordonne aux administrateurs d'éloigner de la voie publique, ou d'avertir par des signes apparents, des embarras ou des écueils laissés sur le passage de l'habitant, ainsi que de détruire ou de bannir, hors de la portée de son habitation, tout dépôt d'exhalaisons nuisibles, propose *la désignation et la désinfection des lieux où la petite vérole se manifeste*, comme le seul moyen de la faire disparaître de nos pays, ou du moins d'en restreindre les ravages.

III. — *Deux cas d'épilepsie guéris à la suite d'une brûlure et de l'amputation d'un membre;* par M. Aubanel, interne des hôpitaux de Paris. — M. Aubanel rapporte deux cas d'épilepsie ayant duré pendant plusieurs années sans éprouver aucune amélioration, et qui ont guéri à la suite d'une brûlure et de l'amputation d'un membre. Ce fut pendant un accès que les deux malades tombèrent dans le feu et qu'une brûlure eut lieu dans un des membres supérieurs. L'amputation fut pratiquée au bout de huit jours chez le premier malade; elle ne fut faite que long-temps après chez l'autre, et à la suite d'un coup qui, ayant rompu la cicatrice, amena l'engorgement des tissus. Chez cette malade, les accès, qui n'étaient que des accès d'hystérie depuis la brûlure, se dissipèrent complètement après l'amputation. Chez le premier malade, il n'y eut qu'un seul accès fort léger immédiatement après l'opération. Depuis dix-huit mois, il n'en est pas revenu un seul chez cet homme, et la femme n'en a pas ressenti depuis quatorze ans.

IV. — *Note sur un nouveau cas d'ablation totale d'une partie d'un doigt; réunion; guérison;* communiquée par le docteur H. Brochin. — M. Brochin rapporte le fait d'une portion de la troisième phalange du doigt médius *entièrement séparée* de sa base, réappliquée avec soin, et dont la réunion fut complète au bout d'un mois. Une petite cicatrice semi-circulaire indique le lieu de séparation. La pulpe est légèrement atrophiée, le doigt a perdu au plus une ligne de sa longueur, et il est un peu déprimé d'avant en arrière. M. Brochin donne aussi un fait à peu près semblable, et qui lui a été communiqué par M. le docteur Cabannes. En 1837, un sergent du 12e de ligne reçoit en duel un coup de sabre sur l'indicateur de la main droite. L'articulation de

la première phalange avec la deuxième fut ouverte, et la portion du doigt séparée n'était maintenue que par un petit pédicule de peau du côté de son bord cubital. Il y avait deux heures que l'accident avait eu lieu. La température de la portion détachée était moindre que celle du corps, mais elle n'était pas froide; il ne s'écoulait que très-peu de sang; les surfaces étaient très-régulières. On les rapprocha convenablement et on les maintint unies avec des bandelettes agglutinatives. Le quatrième jour, quand on leva l'appareil, on reconnut que la réunion avait eu lieu sans la moindre suppuration.

V. — *Blessure de l'artère fémorale à sa partie moyenne; anévrisme faux consécutif; ligature de l'artère faite par M. Bonnet*, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon; observation recueillie par M. Diday. — Chez un jeune homme, âgé de dix-neuf ans, qui avait, par suite d'une blessure de l'artère fémorale à sa partie moyenne, un anévrisme faux consécutif, M. Bonnet a lié avec un plein succès cette artère au-dessous de l'origine de la fémorale profonde. M. Diday, qui rapporte cette observation, la fait suivre de quelques réflexions en faveur de ce procédé opératoire. D'abord, dit-il, il expose moins à la gangrène que la ligature de l'iliaque externe. En second lieu, la circulation est plus sûrement empêchée dans l'anévrisme par la ligature au-dessous de la fémorale profonde que par la ligature au-dessus, et M. Diday se fonde sur ce principe que l'oblitération d'une artère liée n'est assurée et constante que dans l'espace compris entre la première collatérale volumineuse située au-dessus de la ligature et celle qui est située au-dessous de cette même ligature. Ainsi, après la ligature de la fémorale au pli de l'aine, le sang revient dans l'artère par le tronc même de la profonde; lorsque, au contraire, on

a placé le fil au-dessous de l'origine de cette branche volumineuse, le sang rentre dans le tronc principal par les artères qui avoisinent le genou.

A. F.

L'Expérience (Octobre 1839).

Sur les maladies de l'Arabie en général et la plaie de l'Yémen en particulier; par le docteur Ant. Petit. — Parmi les maladies de l'Arabie, il en est quelques-unes de particulières à cette contrée et d'autres qui lui sont communes avec les pays chauds. Au nombre de ces dernières, il faut signaler, d'après l'ordre de leur fréquence, la dysenterie, les affections scorbutiques et rhumatismales, et les fièvres intermittentes pernicieuses. Au nombre des premières sont le *ver de Médine* ou dragonneau, qui, loin d'être né dans l'Arabie, y est transporté par les esclaves sortis du Sennaar, du Kordofan, de l'Abyssinie, etc. L'histoire de cette maladie a été étudiée avec soin par le chirurgien en chef de l'hôpital de Jidda, M. Chédufau, qui doit adresser prochainement à l'Académie un mémoire sur ce sujet. M. Petit, actuellement chargé d'une mission en Abyssinie, se propose d'y joindre à son retour le fruit de ses observations sur les lieux même où cette maladie est très-commune.

Une autre affection plus terrible encore, et mal connue jusqu'ici, est celle désignée par les auteurs sous le nom de *plaie de l'Yémen*. Voici en résumé l'histoire de cet effroyable fléau.

1° La plaie de l'Yémen n'est pas bien connue : on l'a crue à tort une maladie locale, tandis qu'elle tient toujours à un vice général et se présente toujours sous une forme adynamique.

2° Sa fréquence relative chez les diverses races d'hommes que l'on trouve en Arabie observe l'ordre suivant : les nègres venant du Sennaar, du Kordofan, du Darfour et autres contrées voisines; les indigènes de la classe misérable ; les soldats de Syrie nouvellement arrivés et soumis à de nombreuses fatigues, ou qui ont souffert des maladies du pays. Elle est beaucoup plus rare chez les Égyptiens et les officiers turcs répandus en assez grand nombre dans les régiments : les Turcs attachés à la cavalerie ou aux régiments irréguliers ont offert un grand nombre de victimes, mais tous avaient eu quelque maladie antérieure et appartenaient à la classe malheureuse. Les Européens n'en ont jamais été atteints, quelles que soient les blessures qu'ils aient souffertes.

3° La plaie n'est ni épidémique, ni contagieuse.

4° Elle ne se rencontre que depuis Aden jusqu'à Yambo.

5° Plus commune sur le littoral, de plus en plus rare et bénigne à mesure qu'on s'avance dans l'intérieur, elle a été remarquée pour la première fois cette année, en raison des changements survenus dans la constitution atmosphérique, sur les montagnes du haut Hedjaz, où elle était inconnue jusqu'ici.

6° Le théâtre le plus ordinaire des ravages de cette plaie est à Konfoudah, pays très-bas, au-dessous du niveau de la mer, et à l'île voisine de Kaméran.

7° Le siége le plus constant de cette plaie est la face interne de la jambe, le dos du pied et la malléole interne.

8° Les vices généraux sans lesquels la plaie n'existe presque jamais, et qui semblent dès-lors en être la cause essentielle, sont dans l'ordre de leur fréquence : la diathèse scorbutique ; l'adynamie, suite d'une maladie chronique, ou d'une maladie aiguë prolongée au-delà de quinze à vingt jours, durée suffisante dans ces contrées pour produire cet

état, et amener l'œdème des membres inférieurs qui favorise singulièrement le développement de la *plaie ;* la nostalgie, les chagrins, les privations, les fatigues, etc.

9° La cause occasionnelle est toute égratignure, écorchure, etc., même la plus légère en apparence.

10° La plaie une fois déclarée offre trois degrés :

Premier degré. — La petite plaie présente au bout de deux ou trois jours de l'inflammation à son pourtour avec gonflement, tandis qu'au centre on remarque une petite eschare. Après deux ou trois jours, il se forme un second cercle inflammatoire, tandis que le premier passe à l'état gangréneux, et que la première eschare étant tombée laisse à sa place une dépression par perte de substances qui augmente rapidement jusqu'à acquérir la grandeur d'une pièce de cinq francs.

Deuxième degré. — En cinq à six jours, la plaie s'agrandit rapidement jusqu'à égaler la grandeur de la paume de la main, en même temps qu'elle creuse et va attaquer les muscles et les tendons. Sa surface, devenue alors inégale, présente des piliers, des colonnes charnues entre lesquelles se forment de nouvelles eschares. Les bords se relèvent de plus en plus et se renversent en dehors, deviennent de plus en plus douloureux, entourés d'un cercle grisâtre qui se trouve bientôt envahi et confondu dans les nouveaux progrès de l'ulcère. Il n'est pas rare alors de voir la plaie se cicatriser malgré la destruction des muscles et des tendons ; mais, au moment où la cicatrice semble complète et durable, à la suite d'un changement dans la direction des vents ou d'une cause interne, cette large cicatrice se parsème de points enfoncés qui la rongent et ramènent en deux ou trois jours l'état primitif.

Dans ce degré, les douleurs insupportables ne sont plus bornées à la plaie : elles s'étendent le long des muscles,

des tendons, des os, et s'opposent par leur continuité au moindre repos. L'os, quoique non encore découvert, est déjà malade : il est carié, et le périoste détruit.

Troisième degré. — La plaie, continuant à s'agrandir en surface et en profondeur, met à nu les articulations et les os qui se nécrosent, et on les voit s'exfolier; les phalanges, si le mal est au pied, tombent successivement, lors toutefois que le malade résiste aux progrès du mal. La plaie, pendant tout ce temps, est recouverte d'eschares gangréneuses humides ou sèches.

11° La suppuration, au premier degré sanguinolente, âcre et enflammant les parties sur lesquelles elle coule, tachant le linge d'une manière indélébile, devient dans le second degré une sérosité grisâtre, très-abondante, et revêt dans le troisième les modifications ordinaires que donnent la gangrène et la nécrose; en petite quantité dans les cas de gangrène sèche, offrant dans les trois degrés l'odeur caractéristique de la gangrène.

12° Dans tous les cas et à tous les degrés, à moins de diarrhée colliquative ou de dysenterie, le pouls est toujours normal, l'appétit développé, les digestions parfaites; la peau est sèche, décolorée, malgré les douleurs et l'insomnie.

13° La marche et la durée sont très-variables. Une plaie peut ne mettre que quinze jours pour arriver au troisième degré ou mettre plusieurs années.

14° La plaie de l'Yémen peut exister seule à un seul membre, être multiple, ou même attaquer les deux membres à la fois.

15° Le pronostic varie selon l'état général du sujet, le degré, etc. Dans le troisième degré, la guérison est rare, et laisse toujours les individus estropiés par suite de la destruction des muscles, de portions d'os, etc. Dans le

deuxième, la majeure partie peut guérir avec d'énormes cicatrices qui gênent plus ou moins les mouvements des membres.

16° La récidive, assez fréquente quelques jours après la cicatrisation complète, n'arrive guère pourtant que dans le deuxième ou troisième degré, et peut se montrer huit à dix fois de suite. Quand elle a lieu dans le premier degré, la plaie se reproduit rarement sur le point cicatrisé.

17° Le traitement est nécessairement basé sur la nature adynamique de la cause générale, et doit être essentiellement tonique et général. Le traitement local n'est que secondaire. Aussi, jusqu'à ces derniers temps, les applications locales, même toniques, mais non combinées avec le traitement tonique général, ont la plupart du temps échoué. Tels ont été les caustiques, le cautère actuel, les solutions chlorurées, le quinquina, etc. Tous ces moyens locaux ne faisaient qu'aggraver le plus souvent la maladie et les douleurs.

Le contact de l'air est toujours funeste : de là, l'habitude des indigènes de recouvrir l'ulcération avec des plaques métalliques et de ne la panser que tous les trois ou quatre jours.

Il faut donc avoir recours aux toniques usités dans les pays chauds, et surtout à une bonne nourriture et au changement d'air, en s'éloignant des bords de la mer, bien entendu. Dans le troisième degré, l'amputation est quelquefois nécessaire quand on a mis le malade dans les conditions convenables au succès de l'opération. La réunion immédiate est, surtout dans les pays chauds, un précepte rigoureux à suivre. L'absence souvent complète et toujours le peu d'intensité de la fièvre traumatique, le danger de la diète et la nécessité de nourrir promptement les malades, et à partir même du jour de l'opération, sont des faits im-

portants à noter et qui prouvent l'influence débilitante de ces climats, source de la fréquence des formes adynamiques dans les maladies. Il est à remarquer aussi que, par suite sans doute de ce défaut de développement de symptômes inflammatoires, la cicatrisation de toute plaie, même très-étendue, quand elle est convenablement traitée, s'opère très-rapidement.

C...y.

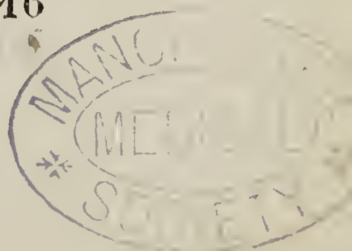
Journal de chimie médicale, de toxicologie, etc. (Mai et Juin 1839).

I. — *Acides employés contre la rage.* — Un médecin américain prétend que quelques gouttes d'un acide minéral concentré quelconque, versées et appliquées sur une blessure résultant de la morsure d'un animal enragé, suffisent pour prévenir le développement de la rage. L'acide, dans ce cas, décompose la salive et s'oppose ainsi à la contagion, sans que son action puisse d'ailleurs donner lieu à aucun effet fâcheux. Si le fait annoncé est exact, nous pensons que les acides minéraux agissent simplement comme *caustiques*, et ils rentrent dans la méthode ordinaire de traitement employée contre les morsures des animaux enragés.

II. — *Morsure de vipère traitée par l'euphorbe.* — M. Huraut, élève en pharmacie, rapporte qu'étant allé herboriser, pendant une belle journée d'été, sur le penchant d'une colline, un jeune chien qu'il avait pris avec lui fut mordu à la patte par une vipère. N'ayant pas à la disposition de caustique pour l'appliquer immédiatement sur la plaie et détruire l'effet du venin, M. Huraut s'empressa de lier l

membre un peu au-dessus de la morsure pour en diminuer les progrès en retardant la circulation du sang. Pendant qu'il opérait la ligature, il aperçut auprès de lui un pied d'*euphorbia cyparissias :* il en exprima le suc et il en frotta avec soin et à plusieurs reprises la partie malade, qu'il recouvrit encore d'un topique préparé avec les feuilles de la plante broyées. Le soir, le chien mangea comme à l'ordinaire; il était entièrement guéri; la morsure ne présenta aucun phénomène inflammatoire. Il serait à désirer que les toxicologistes fissent des recherches sur les euphorbes qui croissent abondamment dans toutes les localités pour déterminer les propriétés de ces plantes. M. Huraut regarde le suc laiteux des euphorbes comme un bon remède contre les piqûres des guêpes, des abeilles,... etc.;... et peu de personnes ignorent aussi que par ce moyen on parvient souvent à se débarrasser des *verrues*. Ces divers faits se trouvent, au reste, consignés dans des auteurs anciens. Dioscoride dit que le suc des euphorbes est dépilatoire, qu'il sert à éclaircir la vue, à détruire les taies et les cataractes, à neutraliser le venin du scorpion. L'*euphorbia capitata* est, dit-on, estimée des Portugais contre la morsure des vipères. D'après Pison, on la donne pour ranimer les forces abattues par l'action du venin. Marcgrave la regarde comme une vraie panacée dans ce cas. On se sert du suc pour cautériser les aphthes. L'*euphorbia chamæsyce* est recommandée par divers auteurs dans les mêmes cas. Léméry dit qu'on s'en sert souvent pour guérir les dartres, la gale, et pour détruire les verrues. L'*euphorbia maculata* a été indiquée contre les taches et les pellicules de la cornée consécutives à la *petite vérole*.

III. — *Rétention urinaire guérie à l'aide du seigle ergoté;* par Thériano, médecin à Corfou. — Le sujet de cette ob-



servation est l'auteur lui-même, qui, ayant éprouvé pendant quelque temps une grande difficulté pour rejeter ses urines, pensa devoir prendre du seigle ergoté, en se basant sur la réflexion que, comme cette substance peut déterminer l'expulsion du fœtus de la matrice, elle pourrait en faire autant pour l'urine contenue dans la vessie. Il prit donc quatre scrupules de seigle ergoté pulvérisé, uni à autant de thé vert, et le fit infuser dans une livre d'eau bouillante ; l'infusion refroidie, il en but, de quart d'heure en quart d'heure, trois grandes cuillerées. Au bout d'une heure, le malade commença à uriner : la guérison a été complète.

IV. — *Sur les affections calculeuses;* par le docteur JELLOLI. — L'hôpital de Norwich possède une collection de 663 calculs, que M. Jelloli à soumis à l'analyse, dans le but de déterminer quelles sont les parties constitutives dominantes qui les composent. Voici les résultats de ses recherches qui sont fort intéressants : il divise ces 663 calculs en quatre classes, suivant le nombre des dépôts qu'ils offrent :

1°	Calculs formés	d'un seul dépôt.	280
2°	Idem,	de deux dépôts.	250
3°	Idem,	de trois dépôts.	108
4°	Idem,	de quatre dépôts.	25

Proportion absolue et relative des divers matériaux qui forment le centre ou le noyau de 663 calculs.

Calculs ayant pour noyau	l'acide urique. . . .	271
Idem,	l'urate d'ammoniaque. .	256
Idem,	l'oxalate de chaux. . .	88
Idem,	les phosphates mêlés. .	39
Idem,	le phosphate de chaux.	9

On voit qu'il y en a plus des trois quarts dont l'acide urique pur ou combiné forme le noyau.

Proportion absolue et relative des matériaux qui forment l'extérieur de 663 calculs.

Calculs ayant à la surface	l'acide urique. . . .	226
Idem,	les phosphates mêlés. .	138
Idem,	l'urate d'ammoniaque. .	128
Idem,	l'oxalate de chaux. . .	114
Idem,	le phosphate de chaux.	56
Idem,	le silex.	1

V. — *Empoisonnement par l'acide prussique; guérison.* — Edwart Kent, âgé de 25 ans, marin, de forte constitution, a été reçu le 19 juin dans un hôpital de Londres. Il venait d'avaler, depuis un quart d'heure, de l'acide prussique. A son entrée, il est sans connaissance et en proie à des contractions spasmodiques violentes aux membres supérieurs et inférieurs, et même à tout le tronc; plusieurs hommes peuvent à peine le tenir dans chaque accès, dont la durée est d'une minute environ. Bouche remplie d'écume, respiration difficile, pouls irrégulier, stupeur profonde.

Prescription.—Après avoir vidé immédiatement l'estomac, au moyen de la pompe gastrique, on y injecte une solution de carbonate d'ammoniaque, puis une once d'eau-de-vie. On répète une ou deux fois ces injections. On asperge de temps en temps d'eau froide la figure et la poitrine du malade. Il devient immédiatement tranquille et reprend en partie connaissance. Sinapismes aux jambes, lavement de térébenthine qui opère abondamment. Aussitôt après le malade s'endort pendant plusieurs heures; à son réveil, il se plaint d'une céphalalgie légère. Le cinquième jour, il est complètement guéri.

D'après les renseignements pris, il paraît que cet homme, après déjeûner, était allé chez un marchand d'eau-de-vie où il avait pris trois ou quatre verres de *gin*. De là, il s'était rendu chez un pharmacien, qui lui avait vendu pour un schelling d'acide prussique. La fiole en contenait 140 gouttes. Le malade a déclaré qu'après les avoir avalées dans une cuillerée de thé, il était devenu ivre et presque aveugle; ses jambes étaient engourdies et vacillantes, et il était tombé sans connaissance sur le sol. Après être revenu à lui, il avait, pendant plusieurs heures, perdu souvenance de ce qu'il venait de faire. On ne peut pas croire qu'il avait réellement avalé 140 gouttes d'acide hydrocyanique; cette quantité aurait produit la mort, nonobstant l'action neutralisante des aliments et de l'alcool dont l'estomac était rempli. Il est à présumer que l'acide qu'on lui avait donné avait été fort délayé.

L'acide prussique qu'on vend dans les pharmacies anglaises sous le nom d'acide de Scheele est préparé par la distillation; de là, résulte que sa force est très-variable : tantôt le liquide ne contient que quelques traces d'acide, tantôt, au contraire, il contient cinq parties pour cent d'acide concentré. Ajoutons que cet acide se décompose facilement par l'action de la lumière, de sorte que la quantité d'acide contenue dans les 140 gouttes était probablement fort petite.

VI. — *Empoisonnement par le suracétate de plomb; guérison.* —Rébecca Adams, âgée de 21 ans, faible et délicate, a été transportée dans un hôpital de Londres le 20 mai. Elle venait d'avaler, depuis une demi-heure, *pour quatre sous* de sucre de plomb. Son épuisement était extrême, visage pâle, cercle noir autour des yeux, lèvres livides et cris-

pées, peau chaude et humide; pouls faible, filiforme; hoquet.

Ayant appris l'espèce de poison avalé, on lui injecta, au moyen de la pompe gastrique, une pinte environ du liquide suivant :

℞ Roses rouges.	ʒ iv.
Eau bouillante.	2 pintes 1/2.
Acide sulfurique étendu. . . .	ʒ iij.
Sucre.	℥ j ß.

Dans le but de décomposer le sel et de former un sulfate insoluble de plomb, on a tiré tout le liquide contenu dans l'estomac : ces moyens l'ont de suite fait passer de la mort à la vie. Une heure après, on lui a fait prendre une once d'huile de ricin qui eut un grand effet. Quelques accidents inflammatoires ayant surgi le lendemain à l'estomac, on a employé les remèdes appropriés. La malade a fini par guérir.

VII. — *Empoisonnement par l'acide oxalique.* — Marie-Anne Blighten, âgée de 19 ans, fut transportée à l'hôpital après avoir avalé une demi-once de la substance dont on se sert pour cirer la semelle des bottes. Supposant que c'était de l'acide oxalique, le médecin administra immédiatement une mixture de carbonate de chaux. Les accidents inflammatoires ont été traités par les moyens convenables. Guérison. Six heures s'étant déjà écoulées depuis l'ingestion du poison, lorsque la malade a été transportée à l'hôpital, l'emploi de la pompe gastrique a été jugé inutile.

F. R.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ALLEMANDS.

Des animaux parasites. — Effets funestes de l'acétate de plomb employé à haute dose contre la phthisie pulmonaire.— Fongus médullaire.

I. — *Des animaux parasites;* par le docteur VELTER, de Berlin. — La communication de M. le docteur Bennevitz sur le scarabée des arbres (ixodes vicinus), insérée l'année dernière dans ce journal, a porté le docteur Velter, de Berlin, à rassembler quelques recherches sur les animaux parasites, ce sujet lui paraissant mériter des études approfondies et une attention particulière.

On appelle en général *parasites* des êtres vivants qui ont établi leur demeure sur d'autres êtres vivants, et qui tirent immédiatement leur nourriture de ces derniers, soit par des vaisseaux, soit par le contenu du canal digestif. Le nom de *parasites*, littéralement *commensaux*, *comedones*, détermine d'une manière précise le caractère de ces êtres, à la différence de ceux qui ne font que vivre auprès d'autres êtres, *parazoë*, sans être *comedones*. En effet, un être peut s'attacher à une autre dans un autre but que celui de s'approprier sa substance. Dans les végétaux, on distingue en ce sens les plantes *rampantes* et les plantes *parasites* (schlin-und-schmarozer gewachse). Les unes ne se servent des plantes qu'elles enlacent que pour profiter de leur appui, pour s'élever à leur aide vers la lumière, et s'affermir en s'attachant à leur tige. Les organes

qui leur sont donnés dans ce but, les bras, les filaments, les fibres destinées à recevoir l'air, comme la barbe du lierre, ne sont pas propres à tirer des plantes qui les supportent des sucs vivifiants. Ces plantes rampantes ont en outre besoin nécessairement de terre, ou d'une substance enlevée à leur individualité organique, pour y jeter leurs racines, et elles ne peuvent s'insinuer dans l'organisme d'un corps vivant.

Les *parasites* au contraire plongent, dans les parties fécondes des plantes, des organes semblables à des racines, et tirent des végétaux qui les supportent la substance nécessaire à leur vie.

Chez les animaux, les phénomènes sont plus compliqués, à raison des lois du mouvement spontané. Quelques-uns de ces êtres ont besoin de s'appuyer aux objets, et les organes nécessaires à cette fonction se combinent chez eux avec la faculté de se mouvoir, et les conditions de leur propre organisation. Les huîtres s'attachent aux pierres, au bois et même à de gros poissons, non pas comme *parasites*, mais parce qu'elles doivent s'appuyer quelque part pour pouvoir plus fortement ouvrir et fermer leur coquille.

Un petit poisson que l'on nomme *schildater* porte sur la tête un organe particulier, plat, pourvu de bandes transversales hérissées de poils. Cet appareil lui sert à s'attacher aux vaisseaux, aux baleines, aux planches, surtout aux objets qui nagent, pour chercher ainsi sa proie.

Aux dernières limites des vertébrés se trouvent les poissons à gueule ronde, parmi lesquels la lamproie (petromyzon) et la bleine (myxine). Ces animaux vivent de petites créatures, mais ils peuvent aussi s'attacher en suçant, comme les sangsues, et même s'introduire de cette manière dans le corps d'autres poissons ; c'est du moins l'assertion de Linnée, et après lui de quelques autres naturalistes.

Nous trouvons encore un exemple de ces étranges orga-

nisations dans les *pagures* et les *hippothères*, de l'espèce des écrevisses : mauvais nageurs, ils seraient exposés à être entraînés par les courants et les vagues ; ils cherchent donc un abri, une place de résistance. C'est ainsi que le *pagurus bernhardus* se retire dans la coquille vide d'un escargot, qu'il change pour un autre gîte lorsque la croissance l'y force. Cette coquille le protège contre les dangers extérieurs.

Le *pinnotherre mytilorum*, une autre espèce d'écrevisse, qui n'a qu'une faible coquille, s'introduit dans la coquille de testacés encore vivants, pour partager à la fois leur nourriture et leur abri.

Mais dans tous les exemples qui précèdent, il n'y a encore, comme on le voit, qu'une simple protection de la part des objets où ces êtres s'attachent. D'autres animaux, mous et velus, prennent déjà le caractère des parasites.

La *tubicinella balenarum*, une sorte de moule qui porte un couvercle divisé en quatre parties, se trouve invinciblement adhérente à la peau des baleines des côtes de l'Amérique du sud. En croissant, elle perce entièrement l'enveloppe de l'animal et finit par pénétrer jusqu'aux cellules adipeuses. Les *perches de mer* (balanus) habitent différentes créatures marines. Le *balanus angulosus* établit sa demeure sur le *cancer pagurus*; l'*acasta* sur certaines plantes marines; le *pyrgoma* sur les polypes. Le corps des baleines est couvert et transpercé de multitudes de *coronula balenaris*. Tous ces animaux ne s'approprient qu'à un très-faible degré l'organisme des créatures auxquelles ils s'attachent. Ce sont donc encore des *épizoë*, mais non des parasites proprement dits.

Il faut ranger dans une autre classe les *isopodes-rongeurs*. Cette famille possède des espèces qui s'établissent sur le corps de certains animaux marins, pour se nourrir de leur sang. De là vient au *cymothou* le nom de *pou de mer* ou *taon à poissons*. Le *bopyrus* s'ensevelit sous la peau du requin,

ou sous les écailles du palemon, et leur suce le sang avec sa trompe. Les *goëlands* font pour les monstres marins ce que font pour le gros bétail le *buphagus* et beaucoup d'oiseaux de la famille du corbeau, qui cherchent sur le dos des bestiaux les larves des taons qui y sont éclos. A peine un de ces puissants animaux s'élève-t-il à la surface de la mer, aussitôt son dos est couvert d'oiseaux qui se repaissent de ses parasites. Ordre merveilleux de la nature, qui se réduit incessamment des plus énormes aux plus petites proportions ! Ainsi la baleine, qui se nourrit d'*infusoires*, devient à son tour la pâture des êtres les plus petits que présente la série du règne animal.

Il faut aussi compter les *lernées* comme de vrais parasites, qui s'attachent pour toujours aux branchies, aux lèvres, aux nageoires des poissons, et y multiplient. Il existe d'autres animaux qui, sans être absolument parasites, s'attachent cependant à ses animaux plus puissants et leur sucent le sang par occasion pour se nourrir. Presque tous les *annélides* sont parasites, et quelques-uns d'entre eux, comme plusieurs espèces de chenilles de mer, s'attachent avec leurs pattes velues aux gros poissons, dont ils se nourrissent. Ordinairement ce genre de vie ne se remarque que dans les *espèces* dénuées de pattes, et dont le type est la sangsue.

Non-seulement les espèces d'eau douce, mais encore un grand nombre d'autres animaux s'attachent aux poissons et autres animaux marins, leur sucent le sang, et ne s'en détachent que pour digérer. Mais leur existence n'est pas liée à celle des créatures auxquelles ils s'attachent.

Les œufs sont déposés sur terre, dans la mer, sur des plantes, ce qui fait présumer que toutes ces espèces ne sont pas essentiellement destinées à se nourrir de sang. Seulement une espèce, les phyllines, paraît faire exception. Elles s'attachent aux soles (pleuronectes) et autres poissons avec

leurs pattes rayonnées pour les sucer. Mais Lamarck doute par d'autres raisons que ce soient des *annélides*; selon lui, ce sont plutôt des vers mous, proprement *épizoa*.

II. — *Effets funestes de l'acétate de plomb à hautes doses contre la phthisie pulmonaire* ; par le docteur Bicking, de Mülhouse. — Quoique l'on possède un grand nombre d'observations dans lesquelles l'acétate de plomb a été donné avec succès, ou au moins sans accidents fâcheux, contre la phthisie pulmonaire, il en est d'autres qui font mention de suites fâcheuses qui ont été dues à l'usage prolongé de ce médicament. A ce sujet, le docteur Bicking cite le fait suivant:

Le nommé Ferdinand R., âgé d'une quinzaine d'années, sujet pendant sa jeunesse aux scrofules, éprouva divers accidents du côté des organes de la poitrine, et finit par devenir phthisique. Parvenu à un degré très-avancé de cette affection pulmonaire, avec fièvre hectique, sueurs et diarrhée colliquative, sans que rien eût pu en arrêter ou en amender la marche, le docteur Bicking essaya l'emploi de l'acétate de plomb.

Je donnai, dit-il, au malade un quart de grain d'acétate de plomb avec du sucre de lait réduit en poudre, quatre fois par jour, pendant un certain temps. Sous son influence j'obtins un amendement notable dans la marche des symptômes morbides; la fièvre, les sueurs, le dévoiement et la toux diminuèrent. L'expectoration purulente diminua aussi, sans que l'oppression augmentât; ce résultat avantageux m'engagea à continuer le traitement, et pendant *six* semaines j'augmentai successivement la dose du médicament, de sorte qu'à la fin le malade prenait par jour 3 grains d'acétate de plomb.

A cette époque le malade éprouva une amélioration notable, troublée toutefois de temps à autre par quelque réci-

dive des symptômes généraux dont on avait obtenu l'amendement. A chaque rechute, j'employai avec succès le même moyen.

Après douze semaines, toute trace de phthisie avait disparu ; et l'enfant, qui retournait à l'école, ne fut plus soumis à aucun traitement. Il avait pris pendant le cours de la maladie à peu près 130 grains d'acétate de plomb sans aucun effet toxique, ni même nuisible.

Cependant il ne pouvait se rétablir complètement ; il demeura sans force, maigre, pâle ; le pouls fréquent ; manque fréquent de respiration ; des douleurs de poitrine et une toux d'irritation opiniâtre. J'appréhendais qu'une nouvelle atteinte de phthisie ne vînt l'enlever en peu d'instants. Mes craintes se réalisèrent, mais d'une autre manière.

Un mois après, l'appétit se perdit peu à peu ; le bas-ventre se contracta douloureusement ; les selles furent rares et pénibles ; la peau devint, sur tout le corps, d'un jaune bleuâtre ; le visage était gonflé, chaud ; les cheveux tombaient ; bientôt survint une toux convulsive, accompagnée d'une grande difficulté de respiration, et de douleurs brûlantes de poitrine, à laquelle succéda une paralysie partielle des pieds. Cet état dura quatorze jours. Un soir, se déclara un violent accès de fièvre, avec pesanteur de tête, paralysie d'une des paupières, convulsion dans le visage et les extrémités.

Tous les remèdes furent impuissants ; le malade était dans son lit, sans connaissance, dans l'assoupissement ou le délire. Il mourut le troisième jour. L'autopsie n'a pu être faite.

(*C. W. Hufelands Journal der practischen heilkunde*, mars et juin 1839.)

E. E. R.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Octobre 1839.)

Recherches sur la glande pituitaire.— Traitement des fistules vésico-vaginales,

Les séances de l'Académie des sciences, pendant le mois d'octobre, ont été presque exclusivement consacrées à des sujets étrangers aux sciences médicales.

Séance du 21 octobre. — Cette séance nous fournit les deux articles suivants, les seuls qui puissent trouver place ici :

Recherches sur la glande pituitaire. — M. Bazin fait connaître les résultats des études qu'il a faites relativement à ce corps, qu'il désigne par le nom de ganglion céphalique, et décrit les filets nerveux qui en naissent ; les plus importants de ces filets se portent immédiatement sur la carotide interne, la couronnent et fournissent différents filaments dont les uns se rendent au plexus carotidien, les autres s'anastomosent avec quelques-uns de ceux qu'envoie à leur rencontre le plexus caverneux. L'auteur a suivi les ramuscules qui unissent son ganglion céphalique à d'autres ganglions déjà connus et à un autre qui aurait échappé jusqu'ici aux anatomistes, puisqu'il serait situé sur la première branche du nerf trifacial, nerf qu'on croyait jusqu'ici en être dépourvu.

Traitement des fistules vésico-vaginales. — M. Leroy d'É-

tiolles lit un mémoire sur le traitement des fistules vésico-vaginales. — Il pose en fait que les communications anormales du vagin avec la vessie présentent de grandes différences de configuration, d'étendue, de rapport, déterminées surtout par les brides et les adhérences résultant de la cicatrisation qui suit la déchirure primitive; cicatrisation presque toujours abandonnée aux seuls efforts de la nature. Ici l'art pourrait intervenir utilement et par un pansement méthodique prévenir ces adhérences qui tiennent l'ouverture de la cloison béante, oblitèrent ou masquent le col de l'utérus, suppriment les menstrues, et rendent souvent par la suite la maladie incurable.

La conséquence pratique de cette variété qui existe entre les fistules, c'est que pour obtenir leur occlusion il faut aussi des procédés variés appropriés à chacune d'elles; c'est pour cela que M. Leroy d'Étiolles s'est attaché à perfectionner presque tous les procédés déjà connus, et qu'il a été conduit à en imaginer de nouveaux.

Ainsi la cautérisation par le fer rouge pourrait désormais être faite avec plus de sûreté et plus de chances de succès. Plusieurs systèmes d'érignes, appropriées aux diverses conditions des fistules, permettent d'en rapprocher les lèvres, comme déjà M. Lallemand est parvenu quelquefois à le faire. La suture enchevillée, la meilleure dans cette circonstance, mais la plus laborieusement appliquée jusqu'ici, deviendrait facile au moyen d'un instrument qui, du même coup, passe trois fils à des distances convenables et ramène les bouts hors de la vulve. M. Leroy d'Etiolles a encore imaginé de faire servir la lèvre antérieure du col de l'utérus à l'occlusion de la fistule, et pour l'attirer il emploie une sorte de collier qui s'y fixe, ou mieux, lorsque le col reste libre, un instrument à deux branches, qui s'écartent dans la cavité même du corps de l'organe. L'application de ce

procédé, faite à l'hôpital Beaujon, il y a trois ans, n'a pas été suivie de succès, mais cette expérience ne prouve pas définitivement.

La confiance de M. Leroy dans le succès du traitement repose surtout sur deux procédés nouveaux, applicables, l'un aux fistules de peu d'étendue, l'autre aux larges perforations; le premier est l'accolement par le soulèvement de la cloison vésico-vaginale, le second est l'occlusion par dédoublement et rétroversion de la cloison recto-vaginale.

L'accolement par soulèvement est très-simple: les surfaces qui entourent la fistule ayant été facilement et largement avivées au moyen de speculum disposés *ad hoc*, la sonde de Belloc ou une sonde de gomme est passée de la vessie dans le vagin par la fistule; un fil très-fort est attaché à une sonde et ramené par l'urètre; à l'autre bout de ce fil est fixée une tige longue de deux lignes, terminée par une boule de deux lignes de diamètre, percée d'un trou dans lequel est passée une tige mince courbe; c'est cette tige qui, tirée en haut par le fil passé dans le bec d'une sonde évacuatrice courbe, en métal, soulève la cloison; les surfaces avivées s'accolent au-dessous d'elle; puis lorsque les adhérences sont formées on l'enlève; pour cela on saisit son extrémité saillante dans le vagin, avec des pinces à pansement, on la dépasse de son anneau en lui faisant décrire une courbe, et on la dégage des adhérences. Quant à la petite boule faisant l'office d'anneau, elle est extraite par l'urètre avec la sonde à laquelle nous avons dit qu'elle est liée par un fil.

Le procédé de l'oblitération par rétroversion de la paroi postérieure s'exécute de la manière suivante: la muqueuse vaginale est enlevée dans toute la périphérie de la fistule, dans une étendue de 4 à 5 lignes, et ici les *speculum aviveurs* trouvent encore leur application. Des fils sont passés

dans les lèvres antérieure et postérieure avec l'instrument de M. Colombat ou tout autre analogue, après quoi une incision semi-lunaire est pratiquée au périnée; elle pénètre dans l'espace intermédiaire au vagin et au rectum, et remonte jusqu'au point où l'union plus intime des deux parois ne permet plus le décollement. Deux incisions longitudinales sont faites alors, qui circonscrivent un lambeau ayant la forme d'un trapèze; c'est ce lambeau, comprenant la totalité de l'épaisseur de la paroi postérieure du vagin, qui, refoulé dans ce canal, s'applique au moyen des fils, par sa partie saignante, contre la cloison vésico-vaginale avivée, et ferme la fistule. Au bout de deux mois, le repli par lequel le lambeau tient à la face postérieure est coupé, et le canal est rétabli.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

(Octobre 1839).

Anus contre nature. — Albuminurie, ou maladie de Bright. — Extirpation d'une tumeur encéphaloïde du testicule, pesant neuf livres. — Anévrisme faux de l'artère brachiale produit par la piqûre d'une saignée. — Application du métronome à l'exploration du pouls. — Recherches expérimentales sur les fonctions de l'encéphale. — Jambe artificielle de M. Martin. — Nomination de M. Gauthier de Claubry. — Pièces anatomiques en carton de M. Thibert. — Anévrisme de l'aorte. — Empoisonnement par l'acide arsénieux. — Luxation du bras. — Transmission, par inoculation, de la morve au mouton.

SÉANCES DES 1er ET 8 OCTOBRE. — *Anus contre nature.* — Le président invite M. Amussat à vouloir bien entretenir l'Académie des suites de l'opération d'anus artificiel qu'il lui a

communiquée dans la séance du 18 juin dernier (1). Il s'agissait d'un cas d'obstruction intestinale grave, chez une dame qui a subi l'opération d'un anus artificiel sur le colon lombaire gauche, pratiquée par M. Amussat, d'après le procédé de Callisen modifié par lui.

M. Amussat a sommairement répété les particularités du fait et de l'opération, et a donné les détails les plus satisfaisants sur le compte de la malade; il y a quatre mois que cette opération a été pratiquée, et rien n'est venu faire craindre depuis pour le succès d'un procédé qui avait été rejeté à tort. La hernie, qui dans les premiers temps avait donné lieu à une péritonite inquiétante, est ressortie; mais elle est pour ainsi dire indurée. Toutes les fonctions chez cette dame s'exécutent bien; l'anus anormal ne laisse point écouler des matières continuellement, comme on aurait pu le craindre; un bandage contentif suffit pour prévenir ce dégoûtant inconvénient. La malade va une ou deux fois par jour à la garde-robe, et elle est toujours prévenue de ce besoin par une légère colique.

Une longue discussion s'engage sur le procédé opératoire suivi par M. Amussat.

M. Velpeau : Le fait dont M. Amussat vient de vous entretenir est intéressant sous trois points de vue : 1° la maladie pour laquelle cette opération a été pratiquée est fort grave, elle est constamment suivie de la mort; il est donc important d'y trouver sinon un remède, au moins un soulagement de quelque durée; or plusieurs faits tendent à démontrer que l'établissement d'un anus artificiel a réussi à prolonger la vie. La malade chez laquelle Marckland établit un anus artificiel dans la fosse illiaque gauche a vécu plus de quatre mois après l'opération. Celle chez laquelle

---

(1) *Revue médicale*, cahier de juillet 1839, p. 130.

M. Syme fit pareillement un anus anormal dans le même point pour une affection cancéreuse du rectum, survécut 16 mois ; on ne saurait douter que toutes deux n'eussent succombé au bout de quelques semaines si on eût abandonné le mal à lui-même.

2o Le lieu choisi par M. Amussat pour la formation de la nouvelle issue aux matières fécales me semble moins commode que celle qu'on établit dans la fosse iliaque gauche, où l'ouverture, étant sous les yeux du malade, peut être convenablement surveillée, nettoyée, etc. Je sais bien que dans ce dernier cas le péritoine est nécessairement attaqué, ce qui n'a pas lieu dans la méthode de Callisen, et sous ce rapport il y aurait en théorie un grand avantage au profit de cette dernière.

Les deux opérations pratiquées par M. Amussat, et qui toutes deux ont été suivies de succès, prouvent certainement en faveur de son procédé ; mais les deux faits que j'ai rappelés tout-à-l'heure démontrent aussi l'avantage du procédé de Litlre. J'ai fait moi-même l'opération de l'anus artificiel chez une vieille femme qui présentait déjà tous les symptômes de la cachexie cancéreuse, chez laquelle, par suite de la rétention des matières fécales et de la distension des intestins qui en était la suite, une péritonite commençait déjà à se développer. J'ai fait l'incision dans la fosse iliaque gauche ; l'S iliaque du colon qui pressait les parois abdominales a pu être facilement incisée sans que l'air pénétrât dans le péritoine ; puis à l'aide de quatre ou cinq points de suture faits à l'intestin, au pourtour de la plaie des parois abdominales, les matières fécales sortirent en abondance ; mais la péritonite continua, et la malade succomba le deuxième jour. A l'autopsie, on trouva les traces de cette inflammation, des adhérences qui fixaient l'intestin à la plaie; point d'épanchement dans le ventre. Je ne pense pas que ce fait

avec les circonstances qui s'y rattachent puisse prouver pour ou contre la méthode de Littre.

3º Je dois dire enfin que la modification de M. Amussat me semble utile en ce sens qu'il entraîne en avant l'intestin de manière à ce qu'on puisse facilement le voir, ce qui diminue un des inconvénients de la méthode de Callisen.

M. Gerdy préfère l'incision dans la région lombaire à celle de la fosse iliaque. On n'a pas à craindre nécessairement d'ouvrir le péritoine comme dans ce dernier cas. S'il existe un mésocolon, les lames qui le forment, lâchement unies par du tissu cellulaire, pourront être facilement écartées. Resterait, il est vrai, le danger d'inciser les vaisseaux qui occupent précisément le point interstitiel, mais il serait facile de les lier. Le point des parois abdominales attaqué par ce procédé est beaucoup plus mince qu'on ne pourrait le croire de prime abord ; là ne se rencontrent que des aponévroses; en incisant verticalement, on évite les fibres musculaires. Dans le procédé de M. Amussat (incision transversale), on est obligé de couper des muscles, et l'on est plus exposé à tomber dans le péritoine ; c'est en raison de ces inconvénients que je préfère le procédé de Callisen.

Quant aux moyens de diagnostic employés par M. Amussat, je les regarde comme insuffisants ; l'incision du sphincter me paraît offrir beaucoup d'avantage ; elle n'est guère plus, peut-être moins douloureuse que la distension exagérée, et permet de pénétrer beaucoup plus avant. Il est si important de s'éclairer complètement dans des cas aussi graves qu'on ne saurait repousser l'emploi de ce moyen. Au reste, l'exploration est, dans les généralités des cas, fort difficile, l'incision même ne permet pas toujours d'établir un diagnostic précis et de limiter l'étendue du mal.

M. Amussat : Ce qui fit rejeter la méthode de Callisen dès les premières applications, ce fut l'incision du péritoine que

n'évitèrent ni Callisen lui-même, ni Duret, dans les essais qu'ils firent sur le cadavre, et le premier dans l'opération qu'il pratiqua sur le vivant. Cet inconvénient capital est inhérent à la méthode de Littre, cela est de toute évidence. Or le procédé que j'ai suivi n'y expose que dans les cas d'existence d'un mésocolon iliaque, que je n'ai jamais rencontré dans les recherches que j'ai faites à ce sujet sur le cadavre. L'incision transversale telle que je l'exécute donne plus de facilité pour trouver l'intestin qu'une section verticale; cela est si vrai que chez mon second malade il fallut inciser le tiers externe du muscle carré lombaire sous lequel était le gros intestin; on n'aurait pu le trouver par la simple incision verticale, caché qu'il était et revenu considérablement sur lui-même. Sous le rapport de l'innocuité de l'opération, telle que je l'ai pratiquée, je dois insister sur le peu de gravité des symptômes qui l'ont suivie; le soulagement a été immédiat, à peine y a-t-il eu une réaction fébrile; ce qui est bien différent des accidents qu'on observe à l'occasion des lésions du péritoine, des épanchements de bile, de matières fécales, dont les expériences sur les animaux m'ont démontré toute la gravité.

Aux deux faits cités par M. Velpeau en faveur de la méthode de Littre, je pourrais en joindre deux autres non moins heureux: l'un dû à un chirurgien de Genève, Fine, et qui m'a été indiqué par M. Bousquet. On alla chercher l'intestin par une incision faite au niveau de l'ombilic; ce fut par hasard qu'on tomba sur le colon, car on cherchait plutôt l'intestin grêle; il s'agissait d'une tympanite stercorale; le malade guérit; on réussit également dans un quatrième cas. Je dois ajouter ici que l'enfant opéré par M. Roux, et qui succomba, doit rentrer dans cette catégorie, et non point dans celle à laquelle se rattache mon procédé, puisque M. Roux incisa dans la fosse iliaque.

Je ne pense pas que l'objection tirée du danger d'inciser les vaisseaux ait quelque valeur; M. Gerdy lui-même y a répondu en parlant de la facilité qu'on aurait à les lier. Dans le cas où l'on couperait quelque artère plus superficielle, on pourrait de la même manière la lier ou la tordre.

Je ne saurais, dit en terminant M. Amussat, partager l'opinion de M. Gerdy sur l'utilité de l'incision du sphincter, d'autant que, dans le cas dont il parle, cette incision ne servit pas à grand'chose; en me faisant pousser le coude, comme je l'ai indiqué, on arrive excessivement haut; le sphincter prête assez pour cela, et l'on évite l'inconvénient d'une nouvelle opération, que je repousse tout-à-fait.

M. Velpeau pense qu'en suivant le procédé de M. Amussat, on incisera dans beaucoup de cas le péritoine; que ce n'est pas, au reste, cet accident qui a fait rejeter cette méthode, puisqu'il a lieu chez tous les malades opérés par la fosse iliaque, soit dans des cas de rétrécissements cancéreux, soit lorsqu'il s'agissait d'oblitération congénitale, et que cependant un certain nombre ont guéri; c'est bien plutôt la position incommode de l'anus anormal qui a fait préférer l'incision à la paroi abdominale antérieure. En somme donc, si la théorie semblait favorable à l'adoption du procédé de M. Amussat, pratiquement la question n'est pas décidée, surtout si, aux faits heureux qui ont été recueillis chez des adultes, on vient à joindre ceux qui se rapportent à des enfants.

M. Gerdy revient sur la possibilité d'arriver au colon, en n'incisant que des plans fibreux. J'ai insisté sur ce point, dit-il, dans mon anatomie des formes extérieures, où j'ai établi, par des expériences nombreuses, qu'on pouvait aller inciser le rein, lier les artères lombaires, sans léser le péritoine. S'il y avait un mésocolon, on pourrait le dédoubler avec les doigts, comme je l'ai dit; mais cet avantage ne

peut se trouver que dans l'incision verticale. On conçoit tout le parti qu'on peut en tirer pour aller ouvrir des abcès du rein, lier des vaisseaux ouverts par un coup de lance, par exemple, porté dans cette région.

M. Amussat ne partage pas l'opinion de M. Gerdy sur la facilité d'éviter le péritoine; il rappelle encore ce qui arriva à Callisen, et la difficulté qu'il éprouva à mettre l'intestin à nu chez le second malade, où il fallut inciser le muscle carré des lombes. Je regrette que l'heure avancée ne me permette pas de vous entretenir aujourd'hui de cette seconde opération, qui a été aussi heureuse que la première. Le malade est actuellement dans un état de santé que je n'avais même pas osé espérer.

M. Chervin, qui a vu la première malade de M. Amussat, sept à huit jours après l'opération, dit qu'il a été surpris de la bénignité des symptômes qui existaient à cette époque; à peine y avait-il de la fièvre; les matières sortaient à certains intervalles par l'orifice anormal, dont la forme se régularisait déjà : l'amélioration n'a été, comme on l'a vu, qu'en augmentant.

A la suite de cette discussion M. Amussat lit un travail intitulé : *Mémoire sur la possibilité d'établir sûrement l'anus artificiel en arrière de la région lombaire, sans pénétrer dans le péritoine.*

Après avoir donné l'historique du procédé de Callisen, et cité les opinions de plusieurs auteurs de chirurgie, tels que Sabatier, Dupuytren, etc., qui tous blâment ce procédé, M. Amussat rapporte que Callisen et Duret ouvrirent le péritoine en essayant, sur des cadavres d'enfant, d'établir un anus artificiel dans la région lombaire, et il attribue en partie à ces essais infructueux l'abandon qu'on a fait de la belle idée qu'avait eue le premier de ces chirurgiens d'arriver au colon par la région lombaire, sans intéresser le péritoine.

Ce fut surtout à l'époque où M. Amussat donnait des soins à notre célèbre Broussais, qui a, comme on le sait, succombé à une affection cancéreuse de la partie inférieure du rectum, que ce chirurgien s'occupa de l'importante question de l'établissement des anus artificiels, et qu'il parvint à se convaincre, par des recherches anatomiques et des essais sur le cadavre, que le procédé de Callisen était celui qu'on devait préférer, puisqu'il mettait à l'abri de la lésion du péritoine. Depuis ce temps, de nouvelles études chirurgicales sont venues confirmer ses idées ; et deux faits heureux d'établissement d'anus artificiel, l'un chez une femme de 48, et l'autre chez un homme âgé de 62 ans, ne devront plus laisser aucun doute aux chirurgiens sur la préférence à accorder au procédé de Callisen, modifié de manière à le rendre plus sûr, plus facile, et moins incommode pour le malade.

Les détails d'anatomie chirurgicale relatifs à la région lombaire, et sur lesquels M. Amussat insiste particulièrement, se rapportent à la disposition du péritoine par rapport au colon ; il ne nie pas cependant qu'il n'y ait jamais de mésocolon, mais que l'insuflation le fait toujours disparaître. Le meilleur moyen de s'assurer de l'absence si fréquente du repli péritonéal, c'est d'arriver à l'intestin par la région lombaire en disséquant couche par couche tous les tissus. On voit alors, surtout si on insufle par l'anus, que le péritoine ne recouvre l'intestin que dans sa partie antérieure. Si on examinait la disposition du péritoine en ouvrant l'abdomen en avant, et qu'on tirât l'intestin, on pourrait croire, au premier abord, qu'il existe un mésocolon, car la traction aurait pour effet le rapprochement des deux lames du péritoine qui se fixent aux parties latérales de l'intestin.

Ce point important étant établi, M. Amussat entre dans

des détails minutieux et intéressants sur la couleur différente du colon de celle des intestins grêles, sur sa fixité, sur sa longueur, et enfin il décrit, comme la conséquence des détails anatomiques dans lesquels il vient d'entrer, le procédé qu'il emploie pour arriver facilement sur le colon sans blesser le péritoine. Ce procédé consiste à faire, non pas une incision verticale dans la région lombaire, comme l'avait proposé Callisen ; mais une incision transversale, qui présente les avantages suivants :

Elle rend l'opération plus facile et plus sûre ; elle permet en outre d'éviter de couper en travers les vaisseaux et les nerfs lombaires ; elle donne la facilité de chercher l'intestin dans une plus grande étendue, et par conséquent d'éviter sûrement la lésion du péritoine ; enfin, elle permet d'établir l'anus artificiel sur la partie latérale de la région lombaire, en attirant fortement l'intestin en avant, et en le fixant à l'angle antérieur de la plaie.

Comparant ensuite les divers procédés qui ont été proposés, M. Amussat démontre que celui qu'il a adopté présente pour la guérison de l'anus artificiel, s'il n'était plus nécessaire de le conserver, des chances de succès bien plus grandes, en ce que l'éperon est moins marqué que dans les autres cas.

En supposant un instant qu'il y ait un mésentère au colon, et qu'on fût forcé d'ouvrir le péritoine, ce procédé aurait encore sur celui de Littre un avantage très-grand ; c'est que les matières fécales auraient beaucoup moins de tendance à s'épancher dans le ventre, le malade étant, bien entendu, couché sur le dos.

En définitive, M. Amussat croit que l'opération de l'anus artificiel, telle qu'il l'a pratiquée, est beaucoup moins grave et moins difficile que l'opération de la hernie étranglée ; en effet, dit-il, dans la hernie on n'a qu'un espace circonscrit,

un anneau qu'il faut débrider, des vaisseaux importants difficiles à éviter, et on ouvre nécessairement le péritoine; tandis que, dans l'opération de l'anus artificiel, on a un large espace dans lequel on peut opérer, on n'a point de vaisseaux importants à éviter, et on n'intéresse point le péritoine. Quant à l'ouverture de l'intestin qui constitue l'opération de l'anus artificiel, elle est, d'après les observations que M. Amussat a faites sur l'homme et sur les animaux vivants, moins grave qu'on ne le pense généralement; la taille postéro-pubienne sans conducteur peut encore être comparée à l'opération de l'anus artificiel par le procédé de Callisen.

Les observations de deux malades chez lesquels M. Amussat a établi avec succès un anus artificiel étant suffisamment connues de l'Académie, tant par les journaux que par la communication qu'il en a faite, M. Amussat se borne à lire ses réflexions sur les deux opérations comparées entre elles, et il termine sa lecture en disant qu'il espère que les chirurgiens n'hésiteront pas, après avoir fait des essais sur le cadavre, à pratiquer l'anus artificiel dans la région lombaire, lorsqu'ils auront épuisé inutilement tous les moyens connus pour remédier aux accidents de la tympanite stercorale déterminée par des affections diverses de la dernière portion du tube digestif ou des organes voisins.

M. Blandin aborde deux points de la question. Dans le premier, il discute le sujet de l'existence du mésocolon, sur lequel MM. Amussat et Gerdy s'étaient arrêtés à la dernière séance. Selon M. Blandin, le mésocolon existe le plus souvent; et si M. Amussat a cru trouver le contraire, cela tient à son mode de préparation du colon. En effet, dit M. Blandin, M. Amussat distendait le colon avant de le disséquer. Or, il est évident que cette distension efface le mésocolon. Aussi de nouvelles recherches lui paraissent nécessaires avant de

se prononcer d'une manière certaine sur ce point d'anatomie. Dans le second point, il examine le procédé de M. Amussat comparé à celui de Callisen; il trouve de beaucoup préférable celui de M. Amussat, et il motive sa préférence sur des expériences qu'il a faites lui-même avec M. Amussat et après ce dernier.

M. Amussat croit à son tour que M. Blandin s'est trompé dans ses recherches. Il pense que ce praticien a cru voir un mésocolon, parce qu'il a examiné l'organe par la paroi antérieure du ventre. Or, il est évident, dit-il, qu'en tirant l'intestin par devant on épanouit le tissu cellulaire rétro-colique, et l'on crée en quelque sorte un mésocolon qui n'existait pas en réalité.

M. Breschet déclare avoir assisté aux opérations de M. Amussat, et dit partager complètement les opinions émises par ce chirurgien. Quant à la question anatomique, il fait connaître les recherches qu'il a faites dernièrement conjointement à ce sujet avec M. Barthe, sur plus de soixante sujets. Il résulte de ces recherches que le péritoine enveloppe le colon dans une étendue variable. Cette étendue varie également selon qu'on examine l'intestin à l'état de vacuité ou de plénitude. Plus l'intestin est distendu, plus sa partie dépourvue de séreuse est grande. M. Breschet rappelle en même temps quelques-unes des belles observations anatomiques de Scarpa sur la hernie cæcale.

Albuminurie ou maladie de Bright. — M. Martin-Solon présente un rein appartenant au cadavre d'un individu atteint d'albuminurie. Ce rein offre un volume énorme; il pèse douze onces et quelques gros. A l'état normal le poids du même organe n'est que de cinq onces. Dans les cas ordinaires de la maladie de Bright, il offre sept à huit onces. C'est, en conséquence, un développement énorme. Sa longueur est de cinq pouces quatre lignes: état naturel, trois

pouces ; dans les cas ordinaires de la maladie de Bright, quatre pouces. Ayant été ouvert, ce rein offre une coloration jaunâtre. Sa substance corticale surtout présente une altération particulière qui n'est ni squirrheuse, ni graisseuse, ni manifestement inflammatoire. C'est, en un mot, une sorte d'hypérémie ou d'hypertrophie *sui generis*, accompagnée de coloration jaunâtre. M. Martin-Solon regarde cette pièce comme un modèle de la maladie en question arrivée au troisième degré. L'autre rein était dans le même état. L'homme qui l'a fourni était un cocher d'omnibus, âgé d'une trentaine d'années, fort, habituellement bien portant, et qui est entré à l'hôpital Beaujon pour être traité d'une pleuro-pneumonie accompagnée d'épanchement pleurétique; il a succombé à cette affection, et comme ses urines avaient paru très-albumineuses, on a, sur le cadavre, porté l'attention sur les reins. Il n'y avait pas d'épanchement péritonéal ni d'infiltration dans les membres malgré l'état très-avancé de la lésion rénale. On avait remarqué seulement que le visage de cet homme était pâle.

A la suite de cette communication, une discussion s'engage entre MM. Martin-Solon et Bouillaud.

M. Bouillaud s'élève contre la dénomination d'*albuminurie*, comme appartenant à plusieurs autres maladies, dans lesquelles rien n'est plus commun que de constater la présence de l'albumine dans les urines; il adopte préférablement la dénomination de M. Rayer, *néphrite albumineuse*, comme indiquant quelque chose de plus positif.

M. Martin-Solon justifie sa dénomination, ainsi que l'expression d'*hypérémie du rein*, que refuse d'admettre M. Bouillaud.

Extirpation d'une tumeur encéphaloïde du testicule, pesant 9 livres. — M. Ph. Boyer, chirurgien de l'hôpital St-Louis, présente un testicule converti en une énorme tumeur en-

céphaloïde pesant plus de 9 livres, qu'il a extirpée avec succès, il y a quatorze mois. Le cordon spermatique était sain ; la plaie guérit en trois jours, et le malade continue à se bien porter aujourd'hui.

Anévrysme faux de l'artère brachiale, produit par la piqûre d'une saignée.— M. Robert présente un malade auquel, par suite d'une piqûre de l'artère brachiale, dans une saignée, était survenu un anévrysme faux au pli du coude. Il a fait la ligature d'après la méthode d'Anel ; la tumeur a fini par disparaître peu à peu, et, chose remarquable, la circulation s'est rétablie dans le vaisseau au point malade.

SÉANCE DU 15. — *Application du métronome à l'exploration du pouls.* — M. Dubois (d'Amiens) lit une courte note sur l'application du métronome à l'exploration du pouls ; le toucher, la vue, l'ouïe étant mis en action dans cette exploration, devront fournir des résultats bien plus exacts et plus complets que l'emploi exclusif de la montre à secondes.

Recherches expérimentales sur les fonctions de l'encéphale. — M. Nonat lit un mémoire sur ce sujet. Il s'est livré à de nombreuses expériences dans le but de déterminer le rôle de chacune des parties de l'encéphale dans la perception des impressions extérieures, et dans la production des mouvements de station et de progression. Suivant lui, les lobes du cerveau, le corps calleux, la voûte à trois piliers, les corps striés, les couches optiques, le cervelet, les pédoncules du cerveau, sont dépourvus de la sensibilité générale tactile. Dans le lobe du quatrième ventricule, ainsi que MM. Magendie et Desmoulins l'ont parfaitement établi, réside la faculté de sentir les impressions générales tactiles. C'est à tort qu'on a placé le siége de la sensibilité dans le cervelet, car un animal auquel on enlève cet organe con-

serve la faculté de voir, d'entendre, de goûter, de palper et de sentir les odeurs.

Pour ce qui regarde l'influence de l'encéphale sur les mouvements de station et de progression, M. Nonat est arrivé aux résultats qui suivent : 1° les lobes du cerveau dirigent les mouvemens ; ainsi, quand nous voulons aller d'un lieu dans un autre, c'est à l'action des lobes cérébraux que nous sommes redevables d'exécuter les mouvements nécessaires pour atteindre le but que nous nous sommes proposé de remplir. Privez un lapin des lobes du cerveau, il exécute encore les mêmes mouvements qu'avant ; il est seulement affaibli : mais il ne sait plus éviter tel ou tel obstacle ; il ne peut plus trouver sa nourriture ; en un mot, il est privé de ce principe qui donnait à ses mouvements une direction déterminée.

2° Les corps striés président au mouvement en arrière.

3° Les couches optiques exercent une grande influence sur les mouvements nécessaires à la station ; elles fournissent en grande partie le principe qui entretient l'énergie de la contraction musculaire.

4° Le cervelet préside à la coordination des mouvements en avant; il paraît tenir sous son empire le mouvement des membres inférieurs, et il n'est probablement pas sans influence sur l'équilibration des mouvements.

5° Le cercle formé par le cervelet, ses pédoncules et les fibres transversales de la protubérance cérébrale coordonne les mouvements de rotation autour de l'axe de l'animal.

6° Les tubercules quadrijumeaux sont nécessaires à l'exercice régulier des mouvements. Leur lésion entraîne une désharmonie très-remarquable dans les mouvements de station et de progression. Ce résultat s'accorde avec les expériences de M. Serres.

7° Le lobe du quatrième ventricule renferme un principe qui commande et coordonne les mouvements respiratoires, le vomissement, le cri. Dans cette partie de l'encéphale réside un principe en vertu duquel un animal a la conscience des impressions tactiles et même des impressions sonores, et il réagit avec ses membres contre l'objet qui le blesse.

En résumé, dit M. Nonat en terminant, l'encéphale renferme diverses parties qui ont toutes un rôle différent. Les unes reçoivent les impressions extérieures, et donnent la conscience de ces impressions à l'animal ; d'autres parties sont privées de la faculté de sentir les impressions extérieures et sont exclusivement chargées de percevoir les impressions reçues. Ainsi les lobes du cerveau sont insensibles aux irritations générales, et c'est dans leur tissu que s'accomplit la perception des sensations. De même la nature a donné au cerveau la faculté de vouloir et de diriger tel ordre de mouvements, tandis qu'elle a chargé les corps striés, le cervelet, les pédoncules du cervelet, les fibres transversales de la protubérance cérébrale de coordonner les mouvements en arrière, en avant, et ceux de rotation sur l'axe de l'animal. Ainsi la faculté de vouloir et de diriger les mouvements occupe dans l'encéphale des parties qui diffèrent de celles qui président à la coordination des mouvements.

Commissaires : MM. Ribes, Bouillaud, Blandin, Amussat, Ollivier (d'Angers).

Séance du 22. — *Nomination de M. Gauthier de Claubry à l'Académie.* — L'ordre du jour appelle l'élection d'un nouveau membre de l'Académie pour la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

Les candidats sont : MM. Gauthier de Claubry, Piedagnel, Dalmas, Chassaignac, Brière de Boismont, Bayle et Sédillot.

La feuille de présence des membres de l'Académie porte 113 signatures.

M. Gauthier de Claubry obtient	89 suffrages.
M. Prus.	8
M. Sédillot.	6
M. Piedagnel.	5
M. Chassaignac.	5
M. Bayle	1

M. Gauthier de Claubry, réunissant en sa faveur la majorité des suffrages, est, en conséquence, proclamé membre de l'Académie.

Pièces anatomiques en carton de M. Thibert. — M. Cruveilhier fait un rapport officiel sur un grand nombre de tableaux représentant des pièces d'anatomie pathologique, faites en relief, d'une composition particulière et imitant parfaitement la nature, par M. le docteur Thibert. Ces tableaux exposent des lésions organiques diverses avec une telle fidélité, que plusieurs personnes les avaient prises pour des préparations naturelles. M. le rapporteur accorde à l'œuvre de M. Thibert la plus haute importance; il pense que désormais toutes les facultés et écoles de médecine, tous les musées, sentiront la nécessité de se munir des tableaux de M. Thibert, au lieu de conserver les pièces naturelles. Ces tableaux réunissent, au dire de M. le rapporteur, la triple qualité d'être établis à bon marché, d'une exactitude parfaite et très-durables. En conséquence, il propose d'écrire à M. le ministre que l'invention de M. Thibert est très-heureuse, et qu'il y a avantage à en pourvoir les écoles médicales du royaume.

Le rapport et les conclusions sont mis aux voix et adoptés.

Anévrisme de l'aorte. — M. Bouillaud met sous les yeux de l'Académie une énorme tumeur provenant d'un anévrisme de la crosse de l'aorte et de l'aorte descendante.

L'œsophage, la trachée, la colonne vertébrale étaient comprimées ; la paroi de la tumeur en rapport avec l'œsophage était sur le point d'être détruite. La cavité de l'anévrisme renfermait un volumineux caillot.

Séance du 29. — *Empoisonnement par l'acide arsénieux.* — M. Caventou fait un rapport sur une consultation médico-légale adressée par MM. Rigal et Thomas, médecins à Gaillac, sur un cas d'empoisonnement par l'acide arsénieux. Il s'agit d'une femme âgée de soixante-quatorze ans, très-corpulente, adonnée aux travaux des champs, laquelle, après avoir mangé une soupe, éprouva des vomissements violents, des douleurs abdominales fort vives, des garde-robes abondantes et autres symptômes qu'on ne décrit point. Elle mourut le lendemain et fut enterrée sans qu'aucun soupçon d'empoisonnement soit parvenu à l'oreille de la justice. Quelque temps après la clameur publique fit tomber des soupçons sur le gendre de cette femme, et l'exhumation a été commandée. MM. Rigal et Thomas ayant fait l'ouverture du cadavre, ont trouvé la muqueuse de l'estomac ramollie sur quelques points. Ce viscère contenait une matière qui, par le lavage à l'eau distillée, a donné une poudre blanche, laquelle a été reconnue chimiquement pour de l'arsenic. Cette poudre existait en assez forte quantité. On a trouvé aussi une partie attachée fortement à la muqueuse du même viscère. Le tube intestinal n'a point été ouvert, mais on s'est assuré qu'il était complètement vide de matière fécale.

Malgré la certitude de l'empoisonnement qui résultait de la présence du corps du délit dans l'estomac, MM. Rigal et Thomas ont voulu s'assurer si l'ébullition du cadavre, d'après le procédé de Valentin Rosa, et l'application du décoctum dans l'appareil de Marsh, ne donneraient pas des traces arsenicales. Cette épreuve ayant donné un résultat confir-

matif, les auteurs ont conclu avec raison que la femme était morte empoisonnée par l'arsenic. L'affaire ayant été plaidée devant les assises du département, le gendre de la défunte a été condamné aux travaux forcés à perpétuité, vu les circonstances atténuantes.

A la suite de cet exposé, M. le rapporteur se livre à quelques considérations concernant les travaux de M. Orfila, et conclut en proposant des remercîments aux auteurs et l'envoi de leur travail au comité de publication. (Adopté.)

Luxation du bras. — M. Sédillot lit un mémoire sur une nouvelle variété de luxation de l'articulation scapulo-humérale. L'humérus est luxé en bas, ou directement au-dessous de la cavité glénoïde, et en avant de l'omoplate, bien qu'elle fût en arrière de l'aisselle, c'est-à-dire, des muscles grand dorsal et grand rond.

Après quelques considérations anatomiques, M. Sédillot rappelle qu'il a présenté déjà plusieurs mémoires relatifs à une classification des luxations du bras, basée sur l'observation anatomique pure et simple. Il les partage toutes en antérieures et en postérieures, c'est-à-dire ayant lieu en avant ou en arrière de l'omoplate. Déjà M. Sédillot avait admis sept variétés de luxations en avant; celle dont il lit le mémoire forme la huitième variété; il en présente la pièce anatomique à l'Académie. Cette nouvelle variété de luxation antérieure se présente en bas ou directement au-dessous de la cavité glénoïde, et n'a encore été signalée par aucun auteur; on pourrait l'appeler *luxation en bas extra-axillaire antérieure*. La tête de l'humérus, en effet, au lieu de se luxer en avant des muscles grand dorsal et grand rond s'est échappée de la cavité glénoïde, entre les muscles petit et et grand rond, et s'est trouvée par conséquent placée en arrière de ce dernier, ainsi que du grand dorsal, bien qu'elle

fût restée en avant du scapulum et de la longue portion du triceps brachial.

Transmission, par inoculation, de la morve aiguë au mouton. — M. Raynaud, d'Alfort, montre les fosses nasales d'un mouton auquel il a inoculé le pus provenant du jetage des narines d'un cheval morveux. Le mouton a maigri, puis il a jeté par le nez ; enfin il a succombé. A l'autopsie, on a constaté sur la muqueuse des fosses nasales les ulcérations caractéristiques. Il y avait dans les poumons un tubercule dur qu'on ne peut regarder comme de récente formation, puisque, dans beaucoup de cas, on en rencontre de semblablesdans des moutons d'ailleurs fort sains.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Rapport de M. Camus sur un mémoire de M. Achille Flaubert, chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Rouen, intitulé: QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LE MOMENT DE L'OPÉRATION DE LA HERNIE ÉTRANGLÉE.

La plupart des chirurgiens opèrent la hernie étranglée immédiatement après avoir vu échouer les moyens ordinaires de réduction. C'est contre cette pratique que s'élève l'auteur du mémoire dont nous avons à rendre compte à la Société.

Nous pensons qu'il convient d'abord de donner une idée générale du mémoire, qui peut se résumer dans les trois propositions suivantes :

1° Un grand nombre de hernies étranglées qui nécessitent l'opération seraient suivies d'accidents moins graves si l'on ne se hâtait pas d'opérer.

2° En se hâtant, on s'expose à opérer des hernies qui seraient rentrées sans opération, et l'on peut commettre des erreurs de diagnostic.

3° Certaines hernies étranglées qui ne rentrent pas guérissent aussi simplement que si elles eussent été opérées.

De ces trois propositions, la première seule est contestable ; elle mérite un examen particulier; nous le ferons avec le soin que comporte une si grave question; et si nous suspendons notre jugement sur la valeur de cette nouvelle méthode, c'est moins à cause des différences qu'offre cette pratique comparée à celle des chirurgiens justement célèbres, que parce que nous ne sommes pas convaincus par les preuves fournies par l'auteur.

Un grand nombre de hernies étranglées qui nécessitent l'opération seraient suivies d'accidents moins graves, si l'on ne se hâtait pas d'opérer.

Examinons donc comment l'auteur démontre l'exactitude de cette assertion.

1° Chez un grand nombre de malades, dit-il, soumis de bonne heure à l'opération, on voit se développer des accidents graves ou mortels.

2° Chez la plupart de ceux, au contraire, que l'on opère, en quelque sorte, en désespoir de cause, soit qu'ils arrivent dans les hôpitaux après plusieurs jours d'accidents, soit qu'ils aient refusé l'opération lorsqu'on la leur a offerte d'abord, les accidents sont moins graves, la guérison plus simple.

C'est par ces deux dernières propositions que M. A. Flaubert espère arriver à prouver la vérité de la première. Nous ferons d'abord observer que chacune de ces deux propositions peut être vraie sans que la question principale soit réellement résolue ; en effet, dire que les malades qu'on opère tard parce que les accidents sont moins graves, ou bien parce qu'ils arrivent dans les hôpitaux plusieurs jours après l'invasion des accidents, guérissent mieux que ceux qu'on opère de bonne heure, ce n'est pas prouver d'une part que ces mê-

mes malades eussent pu être raisonnablement soumis à l'opération dès les premiers moments, et, d'autre part, que ceux qui ont été opérés promptement auraient pu être ajournés.

Il faut donc chercher dans les faits la solution du problème. Mais ici une difficulté presque insurmontable se présente. Avant de compter les faits, il est important de s'assurer par une analyse rigoureuse s'ils sont bien de même nature, si tous ceux qu'on a recueillis se rattachent à la proposition qu'on veut prouver, enfin, si les faits que l'on additionne ne sont pas consignés dans la science comme des exceptions utiles à connaître, mais non susceptibles de servir de base à une formule générale. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce point, hâtons-nous de faire connaître le résultat de la statistique apportée en preuve par l'auteur.

Nous avons compté les faits cités dans le mémoire de M. A. Flaubert. Leur nombre s'élève à trente-deux; sur ce nombre, douze malades ont été opérés peu de temps après les accidents d'étranglement, c'est-à-dire, dans les vingt-quatre heures qui ont suivi, et vingt malades l'ont été (terme moyen) neuf jours après l'invasion des accidents d'étranglement. En comparant le nombre de succès et de revers dans ces deux catégories de malades, l'une composée de malades opérés dans les premiers temps de l'étranglement, l'autre de malades opérés long-temps après l'apparition des phénomènes d'étranglement, on découvre une proportion bien différente. Ainsi, sur les douze malades de la première catégorie, huit sont morts et quatre seulement sont guéris. Sur les vingt malades de la seconde catégorie, trois sont morts et dix-sept sont guéris. S'il en était réellement ainsi pour tous les cas de hernie étranglée, il y aurait plus que de la surprise à exprimer, de voir des préceptes

suivis d'un si déplorable résultat journellement professés par les hommes qui sont à la tête de la science chirurgicale. Et pourtant M. A. Flaubert a pris dans les auteurs tous les faits qu'il y a rencontrés, tous ceux qui étayent son opinion, comme ceux qui la combattent. Ne sera-t-on pas étonné, dit-il, de voir que les observations citées par les auteurs qui donnent le conseil d'opérer de bonne heure montrent, au contraire, qu'il vaut mieux opérer tard? Plus loin, il ajoute que les malades opérés de bonne heure n'ayant qu'un accident à supporter, la péritonite, meurent cependant en plus grand nombre que ceux opérés tard qui en éprouvent de nombreux, tels que péritonite, gangrène de l'intestin, épanchement de matières fécales, épuisement, etc... Ainsi, l'opération se fait tard, les accidents sont nombreux et variés, et cependant plus de malades résistent; il faut, dit l'auteur, ou que ces accidents se montrent plus rarement que la péritonite, ou qu'ils soient moins redoutables; c'est ce qui a lieu.

Quelques réflexions vont nous suffire pour apprécier ces faits à leur juste valeur : tout le monde sait qu'on ne publie pas tous les cas de hernie étranglée qui ont nécessité l'opération; partant, on ne peut avoir même approximativement une proportion des succès comparés aux insuccès. On sait encore que parmi les observations publiées, il en est un grand nombre qui ne l'auraient pas été, si elles n'avaient présenté quelques particularités extraordinaires, celle, par exemple, d'avoir été suivies de guérison lorsque le malade se présentait dans des conditions fâcheuses par la gravité des accidents et l'ancienneté de l'étranglement. Ainsi, en publiant la plupart de ces faits, les auteurs n'ont souvent fait connaître que des exceptions, et ce qui le prouve, c'est que le nombre des malades opérés long-temps après les accidents, est, contrairement à ce qu'on voit tous les jours, dans

une proportion beaucoup plus grande que celui des malades opérés de bonne heure. Généralement les chirurgiens qui perdent leurs malades parce qu'ils ont trop différé l'opération, ou parce que les malades sont venus trop tard, sont moins empressés de faire connaître ce résultat que la guérison qui arrive dans les mêmes circonstances.

Enfin, il est facile de voir que dans les observations citées par l'auteur, il en est beaucoup qui ne prouvent pas ce qu'il s'en promet, puisqu'elles ne se trouvent pas dans les conditions assignées par lui pour se décider à opérer. Les succès inespérés prouvent bien qu'on ne doit jamais abandonner le malade, mais ils ne prouvent pas qu'on a eu raison d'attendre que les chances de succès fussent presque toutes évanouies.

Le danger auquel on expose le malade en se permettant un délai trop long pour l'opération est si grand, si évident, dit Boyer, qu'il y aurait moins d'inconvénient, dans tous les cas d'étranglement inflammatoire, à pratiquer l'opération aussitôt que l'accident se manifeste et sans avoir préalablement recours aux autres moyens, qu'à ne s'y déterminer qu'après avoir reconnu l'insuffisance de ces moyens, et surtout après avoir réitéré un grand nombre de fois le taxis, en employant des efforts proportionnés à la difficulté de la réduction. A la vérité, dit le même auteur, en tenant cette conduite on s'exposerait à opérer quelques hernies pour lesquelles l'opération ne serait pas absolument indiquée, et qu'on aurait pu réduire par des moyens moins violents; mais cet inconvénient ne peut pas être mis en parallèle avec le danger auquel on expose le malade en pratiquant l'opération trop tard. En effet, l'opération de la hernie n'est pas dangereuse par elle-même, et elle réussit presque toujours quand on la pratique avant que les parties soient affectées d'inflammation; et lorsque l'issue en est malheureuse, la

mort du malade doit être attribuée à l'inflammation et à la gangrène de l'intestin et non à l'opération.

Boyer établit judicieusement deux circonstances principales dans lesquelles la conduite du chirurgien doit varier : 1° étranglement par engouement, sans symptôme inflammatoire, dans lequel on peut différer l'opération ; 2° étranglement inflammatoire dans lequel il n'est presque pas permis de temporiser ; et ce précepte est si formel pour le célèbre chirurgien, que l'étranglement inflammatoire qui se montre avec des symptômes peu intenses et lents dans leur marche, réclame encore l'opération de bonne heure.

Nous n'avons cité ce passage de Boyer que pour faire ressortir d'une manière plus frappante la différence qui existe dans la conduite proposée par l'auteur dont nous examinons le mémoire. Que Boyer et tous les chirurgiens qui ont imité sa conduite, aient exagéré l'importance d'une opération prompte comme règle générale ; que, d'une autre part, les dangers auxquels on s'expose en opérant sur un péritoine sain n'aient pas toujours été appréciés à leur juste valeur ; cela est fort possible, mais il nous semble difficile d'admettre que des chirurgiens du mérite de Pott, B. Bell, Hey, sir A. Cooper, Boyer, Delpech, Dupuytren, et enfin MM. Richerand, Marjolin, Samson, Velpeau, etc.., se soient constamment abusés sur l'époque à laquelle le malade se trouve dans les meilleures conditions pour l'opération.

Jusqu'ici nous avons négligé de parler des vues théoriques développées par M. A. Flaubert : c'est que nous ne pouvions les confondre avec les faits. Après avoir dit, contrairement à l'opinion généralement admise, qu'il y a plus de chances de succès à attendre qu'à se hâter dans l'opération de la hernie étranglée, l'auteur se pose les deux questions suivantes : 1° A quelle cause peut-on attribuer le

succés en temporisant? 2° A quel moment faut-il opérer? Nous reprenons l'analyse du mémoire.

J.-L. Petit avait déjà observé que les opérations faites aux hernies réductibles, dans le but de les guérir, n'ont pas de suites si heureuses que celles qui sont faites aux hernies étranglées; les observations d'Acrel, de Scharp, de Pott, de Sabatier, prouvent la gravité de l'opération faite sur un sujet qui n'éprouve pas d'accidents. Si les méthodes de MM. Gerdy et Bonnet pour la cure radicale des hernies n'ont pas été suivies d'accidents inflammatoires sérieux, cela tient à ce que dans ces tentatives, ou bien le péritoine reste intact, ou bien n'est traversé que par des aiguilles ou des fils, mais dans tous les cas reste à l'abri du contact de l'air.

L'insuccès paraît donc tenir, dit M. A. Flaubert, à cette circonstance d'une opération faite sur un péritoine sain, ou seulement injecté au moment de l'opération; et ce que les opérateurs ont considéré comme une circonstance heureuse n'est, au contraire, à ses yeux, qu'une condition défavorable au succès de l'opération. Il arrive donc à cette conclusion, savoir: qu'il est plus avantageux d'attendre le développement d'une inflammation locale à un haut degré pour opérer une hernie que de se hâter dans le but de prévenir cette inflammation. Examinant ensuite ce qui se passe chez les sujets que l'on opère à une époque éloignée de l'étranglement, « on trouve, au moment de l'opération, » l'intestin rouge, brun, ardoisé, chocolat; le péritoine » rugueux, villeux à sa surface; il fournit de la sérosité, des » fausses membranes, et des adhérences s'organisent; il est » très-enflammé; en un mot, la guérison est simple ordi- » nairement. S'il survient des accidents, ils tiennent, ou » bien à ce qu'au moment de l'opération il existait déjà » une péritonite dans le ventre, ou bien à ce qu'on a opéré

» trop tard, que l'intestin était sphacelé. Le malade meurt » dans ce cas, ou d'un épanchement, ou d'une péritonite » consécutive à l'épanchement ; mais rarement l'opération » développe la péritonite. Ainsi, le péritoine est enflammé » à un haut degré, on le touche impunément sans aug- » menter la phlegmasie locale, et sans que cette phlegmasie » s'étende au reste du ventre ; au contraire, il est sain ou » peu enflammé, il est dans des conditions telles que la » majorité des chirurgiens voudraient le rencontrer tou- » jours, et l'opération, ou mieux le contact de l'air, des » doigts, des instruments, produisent une phlegmasie qui » s'étend au loin et devient souvent mortelle. Une irrita- » tion portée sur un péritoine enflammé n'agit donc pas » avec autant d'intensité que si le péritoine était sain, » cela doit être; le péritoine enflammé n'est plus une » membrane séreuse, l'organisation est changée, les pro- » priétés doivent l'être. »

Enfin, l'auteur conclut de ce qui précède qu'il y a moins d'inconvénients à faire l'opération dans le cas où il existe une péritonite locale que dans ceux où elle est peu développée ou dans ceux où elle n'existe pas ; parce que, d'une part, cette inflammation locale n'augmente pas ; que d'autre part elle ne deviendra pas générale ; qu'en un mot, si cette inflammation locale est arrivée à un haut degré, on a moins de chance pour qu'elle devienne générale.

Les vues théoriques de M. A. Flaubert peuvent être vraies sous un certain rapport. Et, par exemple, il peut être plus avantageux pour le succès de l'opération de rencontrer une péritonite locale circonscrite au sac et aux parties herniées. Mais, pour obtenir ces conditions, combien de malades auront eu en même temps une péritonite générale ! combien seront exposés à la gangrène de l'intestin, à un épanchement intérieur ! Combien enfin verra-

t-on de malades dont la position se sera aggravée au point de ne plus laisser d'espoir ! Nous pensons donc que les conditions de succès que recherche l'auteur du mémoire ne se présenteront que sur le plus petit nombre de malades affectés de hernie étranglée, et que chez le plus grand nombre, au contraire, une péritonite générale et mortelle arrivera dans l'espace de temps qu'on mettra à attendre cette condition de succès.

A quelle époque doit-on opérer la hernie étranglée? L'auteur du mémoire, guidé par les considérations développées plus haut, propose de ne pas opérer la hernie étranglée du moment que les essais de réduction ont échoué, et que l'on est convaincu de son irréductibilité; puis, passant en revue les symptômes locaux et généraux des hernies, c'est d'après leur gravité, soit dans leur ensemble, soit isolément, qu'il établit les indications. Ainsi, le volume et la forme de la tumeur, la nature des parties herniées et l'état des téguments, la date récente de la maladie avant l'étranglement comparée à l'ancienneté, toutes ces circonstances doivent éclairer le praticien sur le moment où il convient de prendre un parti. Il en est de même des symptômes généraux dont l'interprétation exacte est si importante pour déterminer l'état anatomique des parties herniées. Enfin, les indications qu'il puise dans l'état de la face, celles que font connaître l'anxiété, l'abattement et la gêne de la respiration, l'âge et la constitution, sont conformes à ce qu'ont écrit les praticiens.

La difficulté ou même l'impossibilité de connaître par l'analyse des symptômes, soit locaux, soit généraux, pris isolément, l'état des parties herniées, était une vérité trop bien sentie; voici, dit M. A. Flaubert, comment il faudra se décider.

Une hernie étant donnée, on aura d'abord égard à l'âge, à la force du malade, au volume et à l'ancienneté de la tu-

meur, à l'espèce d'étranglement; puis alors, s'il y a des hoquets ou des vomissements, ou un état anormal du pouls, qu'outre ces symptômes, il y ait tension et douleur de la tumeur, douleur et commencement de tension du ventre, que cette douleur augmente par la pression, il sera temps d'opérer.

L'opération étant pratiquée dans ces circonstances, on trouvera les parties étranglées enflammées, le sac contenant souvent de la sérosité; le ventre en contient aussi, et une plus ou moins grande quantité s'écoule aussitôt qu'on a réduit; celle du sac est de couleur variée plus ou moins foncée, quelquefois formée de sang pur, surtout s'il y a eu des efforts de taxis; la sérosité qui vient du ventre est toujours citrine, claire; elle indique un premier degré d'irritation du péritoine; si la sérosité qui vient du ventre contenait les flocons albumineux de la péritonite, on aurait attendu trop tard pour faire l'opération. L'opération étant faite lorsque les parties herniées sont fortement enflammées, celles-ci n'ont pas de tendance à propager l'inflammation au reste du ventre, et en second lieu on arrête par le débridement la péritonite prête à se développer. Tant que l'ensemble des symptômes indiqués plus haut n'augmente pas, que le malade conserve de la force, on pourra retarder l'opération et on se trouvera bien de le faire. On aura ainsi plus de chances de voir l'inflammation locale bien développée, circonstance heureuse pour le succès de l'opération. M. Flaubert, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Rouen, est tellement convaincu de l'excellence de cette pratique, que dans tous les cas, sauf ceux d'urgence imminente, il attend un, deux, trois jours, et souvent plus, que ces symptômes soient arrivés au degré d'acuité qu'il désire pour opérer.

Cette conduite nous paraîtrait rationnelle, si en temporisant l'inflammation qu'on désire devait toujours se borner

aux parois du sac, ou même aux parties herniées. Mais on sait avec quelle rapidité une péritonite générale se développe; on sait de plus qu'elle peut être mortelle, bien que ses symptômes soient en apparence peu intenses. Et s'il est vrai de dire que l'opération n'ajoute pas à la gravité de cette maladie lorsqu'elle est développée, il n'est pas moins vrai qu'elle n'a aucune action pour l'arrêter; enfin, si l'on a l'avantage de sauver beaucoup de malades opérés dans ces conditions, on perd celui de l'opération pour un plus grand nombre qu'on ne trouverait pas facilement dans ces conditions favorables, et M. A. Flaubert en convient lui-même lorsqu'il dit dans un passage : « S'il survient des accidents quand on opère tard, ils tiennent, ou bien à ce qu'au moment de l'opération il existait déjà une péritonite dans le ventre, ou à ce que l'intestin est sphacelé, etc...» Mais alors n'est-ce pas avouer que l'opération aurait plus de chances de succès si elle était faite avant le développement de ces complications? Nous ne pensons donc pas qu'on doive poser en principe que l'opération doit être retardée jusqu'à ce qu'on se soit assuré du développement d'une inflammation locale à un haut degré.

Les deux dernières propositions du mémoire dont nous rendons compte ayant été énoncées au commencement de ce rapport, et leur exactitude ne pouvant être contestée par personne, nous bornerons là nos réflexions sur le travail de M. A. Flaubert.

Si nous avons été sévère dans notre examen, nous voulons être juste dans notre appréciation. Nous l'avons dit dans le courant de ce rapport, le travail en question renferme une idée neuve, cette idée a pu entraîner l'auteur un peu plus loin qu'il ne voulait aller; mais suffisamment mûrie et réfléchie, elle n'en constitue pas moins une vue nouvelle sur les conditions de succès de l'opération de la hernie

étranglée ; et si, comme nous le pensons, il n'est pas possible le plus ordinairement de faire naître à son gré ces conditions de succès, ni de les attendre, l'étude approfondie et suivie des phénomènes morbides qui se rapportent à la hernie étranglée, comme l'a fait M. A. Flaubert, peut tenir lieu d'une expérience éclairée, et conduire sa main avec les mêmes chances de réussite qu'on trouverait dans les chirurgiens qui ont posé et suivi le principe, pour ainsi dire immuable, de l'opération sans délai.

Nous vous proposons, Messieurs, d'adresser des remercîments à l'auteur, et d'ordonner le dépôt de son mémoire dans les archives de la Société de médecine.

VARIÉTÉS.

Séance solennelle de rentrée et de distribution des prix à la Faculté de médecine de Paris. — Concours de pathologie interne à la Faculté. — Réclamation du docteur Salvatore de Renzi.

Séance solennelle de rentrée et de distribution des prix à la Faculté de médecine, le lundi 4 novembre 1839.

M. Bérard aîné prononce l'éloge de Broussais.

Ensuite la distribution des prix a lieu dans l'ordre suivant :

Prix Monthyon. — M. Valmier (Mémoire sur la fièvre puerpérale).

Premier prix Corvisart (Médaille d'or). — M. Foucart, de Paris.

Second prix (Méd. d'argent). — MM. Morizot et Régnier.

Prix d'encouragement. — M. Millier (Alexandre).

Prix de l'École pratique. — Premier prix (Médaille d'or), M. Legendre (François-Laurent).

Premier second prix (Méd. d'argent). — M. Mascarel (Jules).

Deuxième second prix (livres). — MM. Glaubry (Clair) et Cambernon (Félix).

Comme d'habitude, l'année prochaine à pareille époque, le prix fondé par Monthyon sera accordé à l'auteur du meilleur mémoire adressé à la Faculté de médecine de Paris *sur les maladies prédominantes dans l'année précédente*, les caractères et les symptômes de ces maladies, les moyens de les guérir, etc., etc.

Ce prix, consistant en une médaille d'or de la valeur de 400 francs, sera décerné dans la séance publique de la Faculté.

Les mémoires pour le prix de 1840 ne seront pas reçus après le 1er août de la même année.

Prix fondé par Corvisart.— La Faculté a arrêté, pour sujet du prix de clinique à décerner en 1840, la question suivante :

« Chercher à déterminer, par des observations recueillies dans les cliniques médicales de la Faculté, depuis le 1er novembre 1839 jusqu'au premier août 1840, les effets du quinquina dans le traitement des maladies. »

Du 15 août au 1er septembre 1840, chacun des concurrents remettra au secrétariat de la Faculté :

1° Les observations recueillies au numéro du lit qui lui aura été désigné,

2° La réponse à la question proposée.

Concours de pathologie interne àFaculté de médecine de Paris.

Ce concours s'est ouvert, en présence d'une nombreuse assemblée, le lundi 11 novembre. Les juges et les concurrents se sont trouvés en nombre à peu près égal. La Faculté a fourni huit juges : MM. les professeurs Fouquier, Chomel, Andral, Duméril, Cruveilhier, Trousseau, Paul Dubois et

Gerdy (Roux et Marjolin, suppléants) ; l'Académie en a envoyé quatre : MM. Roche, Rayer, Bally et Honoré (Bricheteau, suppléant). Les concurrents, inscrits d'abord au nombre de quinze, étaient réduits à treize lors de l'ouverture du concours, savoir : MM. les docteurs Gendrin, Piorry, Gibert, Requin, Dubois d'Amiens, Dalmas, Cazenave, Natalis Guillot, Hourmann, Legroux, Combette, Casimir Broussais et Alphonse Sanson. Les épreuves se composent (outre l'appréciation des titres antérieurs) d'une composition écrite improvisée, de deux leçons orales, l'une improvisée après trois heures de réflexion, l'autre faite après vingt-quatre heures de préparation, d'une thèse, et d'argumentations réciproques. Dans toutes les épreuves, la question sera tirée au sort. La première épreuve a eu lieu le mercredi 13, et les lectures des compositions ont commencé le vendredi 15.

Le sujet était vaste et éminemment médical : DE LA FIÈVRE. Nous en faisons notre compliment bien sincère à MM. les juges du concours. Il y a fort peu d'années qu'ils auraient craint de se compromettre et de rétrograder vers ce qu'ils appelaient la *vieille médecine*, en proposant un pareil sujet de composition. On se rappelle que l'un d'eux, en publiant une seconde édition de sa *Clinique médicale*, en avait fait disparaître les *fièvres*, comme n'étant plus de mode à cette époque (1). Aujourd'hui la *vieille médecine* redevient nouvelle ; aujourd'hui, au sein de notre école, toute anatomique et chirurgicale, on s'évertue à disserter sur la *fièvre* et même sur les *fièvres* :

(1) On se rappelle sans doute aussi, et l'on relira peut-être, à cette occasion, d'anciens articles de la *Revue médicale*, qui auront aujourd'hui tout le piquant de la nouveauté. Nous recommandons, entre autres, un certain article intitulé : *Polémique médicale et philosophique*, dans le cahier de mars 1830 (tome 1 de l'année 1830, page 533.)

Multa renascentur quæ jam cecidere.

C'est certainement un progrès, ou du moins une velléité de progrès qui mérite bien la mention et les encouragements du *Journal des Progrès de la Médecine hippocratique*. Honneur donc à MM. les juges du concours!

Quant aux compétiteurs, on peut dire qu'eu égard à la nouveauté inattendue du sujet et à la difficulté d'une composition improvisée, quelques-uns ont fait preuve de talent et d'une instruction aussi étendue que solide. Mais, comme on pouvait s'y attendre, la plupart, malgré tous leurs efforts, n'ont pu sortir des ornières de l'*anatomisme* et du soi-disant *éclectisme*. En revanche, la cause du vitalisme hippocratique a été dignement soutenue par notre collaborateur, M. Gibert; nous avons vu avec plaisir que des opinions qui auraient pu paraître surannées et rétrogrades, il y a une dizaine d'années tout au plus, étaient aujourd'hui accueillies avec faveur et applaudissement. *La fièvre* présentée comme un acte vital, comme une réaction pathologique, qui a pour agents le cœur et les centres nerveux, et dont les altérations matérielles des organes ne sont que les résultats éventuels ou les conséquences; l'*inflammation* considérée comme une fièvre locale; les opinions et les sentences des anciens commentées avec une large indépendance et rapprochées des idées modernes; les acquisitions nouvelles dues aux progrès de l'anatomie pathologique, du néo-humorisme et du diagnostic anatomique, appréciées à leur juste valeur..... tout cela a été goûté du public médical et a produit une sensation qui nous paraît de bon augure. Il est bien temps, en effet, qu'on revienne aux véritables principes de la médecine; il serait glorieux pour l'école de Paris, qui a si laborieusement marché dans les routes nouvelles; de rendre justice enfin à ceux qui ont signalé ses déviations, qui ont lutté

dans ces dernières années contre les funestes tendances de l'esprit de système, et, au lieu de mettre leurs noms à l'*index*, de concourir loyalement avec eux à une bonne restauration médicale. Nous approuvons de grand cœur la sentence qui a servi de couronnement à l'œuvre de M. Gibert; et tout en rendant justice aux efforts de ceux qui ne cherchent qu'à spécifier, à nommer et à classifier les maladies, nous répétons volontiers avec le père de la médecine :

« *Le médecin doit, par-dessus tout, s'occuper de rendre la santé au malade.* »

Nous ne dirons rien de la composition de M. Casimir Broussais, si ce n'est qu'il a cherché, à l'aide des altérations matérielles reconnues *ou soupçonnées*, soit dans les solides, soit dans les fluides de l'économie, à restreindre, autant qu'il le pouvait, le nombre des fièvres dites *essentielles*, laissant dans les *desiderata* les cas qui, selon lui, ne sont pas encore suffisamment élucidés par les progrès de la science. Plusieurs autres concurrents, sans doute, ont lu des compositions remarquables (nous citerions notamment celles de MM. Gendrin, Piorry, Dubois d'Amiens, etc.). Mais comme nous ne considérons ici le concours que sous le point de vue des doctrines, nous en avons dit assez pour donner à nos lecteurs quelque idée de la première épreuve.

RÉCLAMATION.

A M. le Directeur de la Revue médicale.

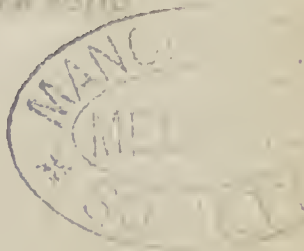
Naples, 8 août 1839.

Monsieur et très-honoré confrère,

Je viens de lire dans la *Revue médicale* (juin 1839, page 432) un extrait que M. Vignolo a fait de mon ouvrage *Pen-*

sieri sulla patologia generale, etc., et auquel vous avez bien voulu ajouter quelques notes. J'éprouve le besoin de vous en remercier, et en même temps de répondre à vos observations. Les critiques raisonnables, et celles surtout qui sont faites par des hommes aussi respectables que vous, honorent les écrivains et contribuent aux progrès de la science. Mais lorsque ces critiques portent sur des opinions qui n'ont pas été bien comprises, c'est un devoir pour l'auteur de s'expliquer de nouveau.

Votre première note a pour objet de défendre contre moi un point fondamental de votre doctrine. Vous distinguez la maladie, acte vital, fonction accidentelle de l'organisme, d'avec les altérations organiques, qui n'en sont que les résultats éventuels ou les conséquences... Il suit de là pour vous qu'une maladie peut exister sans lésion organique, tout comme une lésion organique peut exister sans maladie...... Cette conséquence est parfaitement logique, puisque vous partez de cette définition de la maladie: « Toute maladie est une réaction anormale ou accidentelle de l'organisme contre une cause accidentelle de » trouble. » Votre doctrine correspond exactement à la définition que vous avez donnée de la maladie. Mais pour moi, je pars d'un autre principe. Je considère la maladie d'un point de vue plus général, et ma doctrine correspond aussi à mes principes. C'est de la manière d'envisager et de définir la maladie que naît notre dissentiment. Peut-être la raison est-elle pour vous; mais vous ne pouvez attaquer une conséquence sans détruire le principe. En considérant la maladie comme un acte particulier de la vie, il est clair que les lésions organiques qui ne provoquent pas cet acte ne sont pas maladies. C'est ainsi que je raisonnerais si j'avais adopté votre définition de la maladie. Mais pour moi, je regarde la vie comme « constituée par trois actes, un avec



» lequel l'organisation se forme et se soutient par le moyen » de la chimie organico-animale ; l'autre qui dépend de » l'exercice des actions qui résultent des rapports organi- » ques, c'est-à-dire qui dépendent des propriétés secondai- » res de l'organisation, et le dernier, soutenu par le système » nerveux, représente la partie dynamique des actes vitaux. » Pour le premier acte, la vie est active et consiste dans » l'exercice de l'attraction et répulsion organiques; pour le » second, les êtres extérieurs entrent en action de mixtion » ou de changement matériel; pour le troisième, on a action » et réaction. » (Vol. 1, pag. 73.)

Or, je considère la vie dans deux états ou conditions. L'état normal, c'est la *santé* ; l'état anormal, c'est la *maladie*. La maladie, qui est selon moi l'état anormal de la vie, est donc composée de trois éléments, comme la vie normale : élément physique, chimique, dynamique, comme il est exposé dans le même extrait de la Revue (page 434). D'après cette manière d'envisager la maladie, une lésion organique ne peut exister sans maladie; car toute lésion organique représente une condition anormale de l'acte *avec lequel l'organisation se forme et se soutient par le moyen de la chimie organico-animale*. Vous voyez, Monsieur, que toute la question roule sur la définition de la maladie. Vous la considérez comme manifestation de l'acte pathologique, et je la considère comme déviation du type normal établi par la nature dans la composition organique, et dans la manifestation des phénomènes vitaux.

La critique exprimée dans votre seconde note serait parfaitement juste, si je m'étais servi des expressions qu'on m'attribue. Dans l'analyse de mon ouvrage, on me fait dire que l'inflammation dépend de cinq *causes*, savoir : la fluxion sanguine, l'altération du sang, etc., etc., et vous dites avec raison dans votre note que ces *causes prétendues*

de l'inflammation n'en sont que des effets. Mais je n'ai jamais songé à énoncer cette doctrine qu'on m'attribue. Lisez, je vous prie, mes paroles, et vous verrez que les *phénomènes qui composent* ont été changés *en causes qui produisent*. Voici la traduction littérale de mon texte italien :

« Lorsque la circulation est augmentée dans une partie » et y conduit une grande quantité de sang, lorsque l'in- » nervation dérangée y verse en forte quantité et anorma- » lement les impondérables nerveux ; lorsque par la quantité » accrue du fluide nutritif et l'augmentation de l'influence » nerveuse, la nutrition s'accroît d'une manière désordon- » née, et ses sécrétions s'augmentent et se troublent, alors » on a un état morbide complexe dont les phénomènes se » réduisent aux suivants : 1° turgescence et raréfaction de » la partie par l'afflux des fluides ; 2° rougeur et dilatation » des petits vaisseaux par l'afflux du sang ; 3° douleur par » l'innervation désordonnée et l'afflux d'impondérables vi- » taux ; 4° calorification accrue par l'augmentation de la » quantité du sang et le développement des impondérables ; » 5° désordre dans la nutrition et dans les sécrétions ; 6° » trouble dans la crase du sang ; 7° sécrétion d'un produit » nouveau, ou simplement accroissement ou diminution de » la sécrétion ordinaire. Ces diverses altérations manifes- » tent une maladie, dont les symptômes sont tumeur, rou- » geur, douleur, chaleur, etc., c'est-à-dire une *inflamma-* » *tion*, laquelle diffère dans les divers cas suivant la prédo- » minance de l'une ou de l'autre des conditions dont elle » est composée, et suivant la différence de structure des » tissus et des organes où elle se développe. » (Vol. 2, pag. 133-134).

Vous voyez donc, Monsieur, que je ne regarde pas ces choses comme *causes*, mais bien comme *conditions constituantes* de l'inflammation.

Pour ce qui regarde la fièvre, vous trouvez vague la définition que j'en donne. Mais encore cette fois je dois dire que mes idées n'ont pas été bien comprises. Vous pouvez voir premièrement, dans mon ouvrage, que j'appelle *parenchyme nutritif-sécréteur* ces points de l'organisme où les globules sanguins arrivés au contact des solides se transforment en molécules nutritives, ou se changent en produits de sécrétion. Cela établi, voici la définition de la fièvre : « J'entends par fièvre l'ensemble des phénomènes morbides » qui résultent d'une *réaction* provoquée par une altération » permanente ou passagère dans le parenchyme nutritif- » sécréteur : *permanente*, s'il y a une inflammation fixe ; *pas-* » *sagère*, si, dans le même parenchyme, il survient une » irritation provoquée par l'action d'une cause morbide, » laquelle arrête, ou, en quelque sorte, dérange l'acte nu- » tritif-sécréteur. Cette irritation peut survenir directement » dans les nerfs, ou dans les vaisseaux, par une attaque gé- » nérale ; et, dans ce cas, la cause morbide est généralement » répétée ; ou elle peut être toute locale, et alors le désor- » dre partiel provoque une réaction également partielle » dans l'appareil circulatoire ou nerveux ; mais, par la » correspondance et l'ensemble de toutes les pièces de ces » appareils, la *réaction* se généralise. Par ces raisons, la » *fièvre est synonyme de réaction*. Les moyens avec lesquels » elle s'opère sont la circulation et l'innervation ; les causes » qui la provoquent sont une inflammation ou une irrita- » tion dans le sens que j'attache à ce mot. » (Vol. 2, pag. 52.)

Vous voyez donc que je regarde la fièvre comme une réaction ou primitivement générale, ou généralisée par le *consensus* des parties. Ma définition de la fièvre ne diffère de la vôtre qu'en ce que vous la croyez de même nature que l'inflammation, puisque vous dites *que l'inflammation*

est une fièvre locale, comme la fièvre est une inflammation générale, tandis que j'établis une différence entre l'une et l'autre. Je regarde la fièvre comme une réaction, et je considère l'inflammation dans ses actes organiques et vitaux qui en constituent la différence, l'inflammation pouvant être la cause de la fièvre et non pas son analogue.

Je vous prie, Monsieur, de vouloir bien publier cette lettre dans la *Revue médicale*, et d'agréer, etc.

SALVATORE DE RENZI.

RÉPONSE.

Je remercie, à mon tour, M. Salvatore de Renzi d'avoir bien voulu répondre à mes notes par quelques nouvelles explications, bien que ces explications n'aient pas dissipé, de bien s'en faut, tous les nuages qui voilaient à mes yeux sa pensée. Au reste, s'il ne m'est pas donné de bien comprendre cet honorable écrivain, je n'aurai garde de lui en faire un reproche, qu'il pourrait peut-être me renvoyer. On sait, en effet, qu'il est presque impossible de s'entendre dans une discussion philosophique lorsqu'on ne parle pas la même langue. La traduction littérale faite par l'auteur lui-même dans une langue qui n'est pas la sienne, est quelquefois plus obscure que le texte, comme le prouveraient au besoin les passages cités dans la lettre de M. de Renzi ; et l'on ne peut s'empêcher de regretter, en pareilles circonstances, que les savants de tous les pays n'aient pas conservé l'habitude d'écrire dans une langue commune et invariable, telle qu'était autrefois la langue latine dans tout le monde savant. Ne voulant pas prolonger indéfiniment une discussion sur des malentendus, je me bornerai ici à

quelques observations, qui suffiront, je pense, pour justifier mes notes du mois de juin dernier.

I. — J'ai dit, et je crois avoir prouvé, dans ma première note, que la maladie (*acte vital*, *fonction anormale*, *réaction accidentelle de l'organisme contre une cause accidentelle de trouble*) devait toujours être distinguée de la *lésion organique* (altération matérielle de l'organe) qui n'en est que le résultat éventuel, le produit, la conséquence. J'ai dit et démontré qu'une *maladie peut exister sans lésion organique*, *tout comme une lésion organique peut exister sans maladie*. M. de Renzi reconnaît que cette proposition découle naturellement et logiquement de ma définition de la maladie. Mais il n'admet pas, lui, cette définition; il en adopte une autre, d'après laquelle il se croit fondé à rejeter la dernière partie de ma proposition, et à soutenir, contrairement à ma doctrine, qu'une lésion organique ne saurait exister sans maladie, puisqu'elle constitue à elle seule une maladie. Cette proposition est, suivant lui, une conséquence naturelle et logique de son principe, c'est-à-dire de sa définition de la maladie, comme la proposition contraire est une conséquence naturelle et logique de ma définition, qu'il n'admet point; notre dissentiment ne vient que de ce que nous ne partons pas d'un même principe, d'une même définition de la maladie. «Peut-être, ajoute-t-il, la raison est-elle pour vous; » mais vous ne pouvez attaquer une conséquence sans dé- » truire le principe.» Or, donc, quel est le principe posé par M. de Renzi qu'il s'agissait de détruire pour avoir raison contre lui? Quelle est la définition qu'il donne de la maladie? La voici: «La maladie est l'état anormal de la vie.» C'est tout juste comme qui dirait: la maladie est un état différent de la santé!... Ce seul énoncé dispense de toute réfutation. Il est clair qu'une définition toute négative, qui ne porte

sur aucun caractère positif, n'a aucune valeur. Vous dites ce que n'est pas la maladie, mais vous ne dites pas ce qu'elle est ; ce n'est donc pas une définition que vous exprimez, c'est une négation. Ma définition, au contraire, est toute positive : je dis ce qu'est la maladie ; je la définis par son caractère le plus général, le plus éminent et surtout le plus essentiel à connaître pour le médecin. Si M. de Renzi ne trouve pas bonne ma définition, s'il n'en adopte pas les conséquences logiques, c'est à lui à l'attaquer et à la *détruire*. Je ne pouvais faire la même chose à l'égard de la sienne ; car on ne peut ni attaquer ni détruire ce qui n'est pas : j'ai dû la regarder comme nulle et non avenue.

II. — M. Salvatore de Renzi se défend d'avoir jamais dit ou écrit que la fluxion sanguine, l'altération du sang, le trouble de l'innervation, de la nutrition et des sécrétions sont les *causes* de l'inflammation. Il reproche au traducteur d'avoir dénaturé sa pensée en changeant *les phénomènes qui composent* en *causes qui produisent* l'inflammation. Rien de plus juste que de lui donner acte de cette plainte et de cette réclamation. Mais les expressions qu'il revendique comme siennes ne me paraissent pas beaucoup plus justes que celles qu'on lui avait prêtées. Il n'est pas exact de dire que les cinq phénomènes locaux énumérés dans ce paragraphe *composent l'inflammation* ; car l'inflammation, acte vital, peut exister sans eux, et les précède toujours. Si le docteur de Renzi n'était pas encore assez avancé au point de vue vitaliste pour reconnaître avec nous que ces phénomènes sont *des effets* de l'inflammation, il pouvait se borner à dire qu'ils accompagnent l'inflammation, ou bien qu'ils caractérisent ses divers degrés.

III. — Enfin M. de Renzi est persuadé que si j'ai trouvé

vague la définition qu'il donne de la fièvre, c'est que je n'ai pas bien compris ses idées. Il est vrai, comme je l'ai dit en commençant, que je ne saurais me flatter d'avoir toujours bien compris cet honorable écrivain. Je souhaite que nos communs lecteurs soient plus heureux, et j'abandonne volontiers à leur sagacité les nouvelles explications données par M. de Renzi sur ce qu'il appelle *le parenchyme nutritif-sécréteur*, sur le rôle qu'il fait jouer aux *impondérables nerveux* ou *vitaux*, etc., etc. Mais je ne puis m'empêcher de relever une contradiction qui suffirait seule pour prouver que le vitalisme de M. de Renzi n'est pas encore établi sur des principes bien arrêtés, sur des formules bien rigoureuses. Il admet avec moi que la fièvre est une réaction; ainsi nous voilà foncièrement d'accord sur la définition de la fièvre. Quant à l'inflammation, c'est tout autre chose : elle se compose, pour lui, d'un concours de phénomènes de différents ordres; et il ne paraît pas s'apercevoir que tous ces phénomènes locaux et ces altérations organiques, qu'il veut faire entrer dans la définition de l'inflammation, présupposent un acte vital, une réaction organique, une véritable fièvre locale. M. de Renzi est donc *vitaliste* dans sa définition de la fièvre, et *anatomo-pathologiste* dans sa définition de l'inflammation.

Cet exemple prouve, entre mille autres que nous pourrions prendre au hasard dans tous les ouvrages du jour, qu'il est impossible d'arriver à l'unité de doctrine, en pathologie, sans une définition claire et positive de la maladie. Tout traité de pathologie générale qui ne commencera pas par distinguer la maladie, acte vital, d'avec les altérations organiques qui n'en sont que les résultats éventuels ou les conséquences, sera nul désormais pour les progrès de la science, et laissera la pathologie dans le chaos inextricable où elle est arrêtée depuis si long-temps.

CAYOL.

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Leçons orales de clinique chirurgicale faites à l'hôpital de la Charité, par M. le professeur Velpeau; recueillies et publiées par M. le docteur P. Pavillon. 1 vol. in-8°. Chez Germer-Baillère, libraire, à Paris, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Le meilleur des livres dans lequel on puisse apprendre avec fruit l'histoire si variée des infirmités humaines, est, sans contredit, le lit des malades. Là seulement les faits, dégagés de l'entourage spécieux des théories préconçues, et soumis au creuset de l'observation, se dessinent avec leur véritable aspect et se montrent à l'état de nature dans leurs rapports réels et réciproques. L'enseignement clinique, qui a pour but de les recueillir tels qu'ils sont et tels qu'ils se présentent, a donc sur tous les autres modes d'enseignement un immense avantage. Dans les amphithéâtres, la science, comme le dit M. Velpeau, est un tableau fait d'avance, souvent embelli par le peintre, et dont il faut chercher ailleurs le modèle; au lit des malades, le tableau est fait en présence de l'objet.

On ne saurait trop applaudir à l'usage qui s'est établi de recueillir et de publier les leçons cliniques des hommes distingués, que leur savoir a placés à la tête de cet enseignement dans les différentes facultés de médecine. Par ce moyen, on rend publiques et profitables pour tout le monde des leçons pleines d'intérêt, qui ne profiteraient qu'au cercle étroit des auditeurs qui se pressent autour d'un professeur, près du lit du malade, ou dans un amphithéâtre resserré. Combien de célébrités médicales et chirurgicales se sont éteintes, qui n'ont rien écrit, rien consigné dans le grand livre de la science, et dont les savantes leçons eussent été à jamais perdues pour l'instruction de la postérité, si elles n'eussent été religieuse-

ment recueillies et livrées à la publicité par ceux-là même qui en avaient été les auditeurs et qui seuls en étaient restés les dépositaires ! A eux la gloire de nous avoir légué ce riche patrimoine et d'avoir ainsi contribué à étendre les limites de la science.

A l'exemple de ses prédécesseurs, M. le docteur Pavillon vient à son tour remplir cette utile et laborieuse mission, en publiant les *Leçons orales de clinique chirurgicale* faites à l'hôpital de la Charité par M. le professeur Velpeau.

A la tête de ce livre, le docteur Pavillon a placé les discours que M. le professeur Velpeau a prononcés en 1835, 1836 et 1837 à l'ouverture de chacune de ces années scolaires, sur les généralités de la chirurgie clinique. On y retrouve avec plaisir les paroles du maître, et les considérations élevées de philosophie et de pratique chirurgicales auxquelles la vaste érudition du professeur de la Charité sait donner un si grand intérêt. M. Velpeau y discute la valeur des faits qu'il apprend à interroger en chirurgie comme en médecine, ces deux branches d'une même science qu'il ne saurait séparer. Pour lui, comme pour tout homme qui raisonne et qui pense, on ne peut être bon chirurgien sans être bon médecin. Il appelle l'attention des élèves sur l'obligation où ils sont de secouer, dans l'examen et la coordination des faits, le joug des préjugés et des opinions préconçues ou systématiques. Dans le traitement des maladies, les théories et les méthodes exclusives sont généralement vicieuses et absurdes. Adopter la méthode rationnelle pour ce qui est connu, l'empirisme pour ce qui ne l'est pas, voilà, dit-il, quel est mon système, que j'appelle *empirisme raisonné*, et que je regarde comme le meilleur guide à suivre dans la pratique.

Des considérations générales auxquelles M. Velpeau associe de sages préceptes et des règles de conduite sûres sur la pratique des grandes opérations de la chirurgie, éclairent et dirigent la responsabilité du jeune chirurgien qui débute dans la carrière de cet art si long et si difficile ; elles donnent en même temps à ses élèves et à ses auditeurs une haute idée de la mission honorable qu'ils sont appelés à remplir dans la société, en leur faisant connaître le véritable point de vue où ils doivent se placer pour mettre à l'abri de tout reproche leur conscience et leur réputation.

Dans ce volume des leçons cliniques du professeur Velpeau, recueillies et publiées par M. le docteur Pavillon, il ne saurait y avoir aucun ordre méthodique, pas plus qu'il ne saurait y en avoir dans les leçons du professeur lui-même, qui est obligé de prendre les faits tels qu'ils se présentent et à mesure qu'ils se présentent. Toutefois, M. Pavillon a réuni en un seul corps toutes les leçons isolées du professeur sur le même sujet, et a divisé ce volume en neuf articles.

I. *Ophthalmies.*— Les leçons cliniques que M. Velpeau a faites à l'hôpital de la Charité sur l'ophthalmologie, pendant les mois de février, mars et avril 1839, ont été rapportées en entier, avec le plus grand soin dans cet article. On sait que les travaux de M. Velpeau sur cette matière, et les brillantes leçons qu'il a faites, soit à l'hôpital de la Pitié, soit à celui de la Charité, lui ont assuré un rang distingué parmi les hommes qui ont contribué aux progrès récents de l'ophthalmologie. L'histoire et le traitement des différentes variétés des blépharites, les inflammations du globe de l'œil et de chacune des parties qui le constituent, les abcès, le ramollissement, la gangrène, les excroissances, les plaques cornées ou osseuses, les ulcères et les taches de la cornée, l'iritis, avec ses causes et ses symptômes, dont on s'occupe depuis si long-temps et dont on n'a donné une description que depuis le commencement de ce siècle; les ophthalmies spécifique, catarrhale, scrofuleuse, syphilitique, rhumatismale, etc.; tels sont les sujets dont le professeur de la Charité s'est occupé cette année d'une manière spéciale et approfondie.

Hydrocèles de la tunique vaginale. — Quelques leçons ont été également consacrées au traitement de l'hydrocèle, ainsi qu'aux symptômes différentiels qui distinguent cette affection des maladies du testicule et de ses enveloppes, maladies qu'on a quelquefois confondues avec l'épanchement de sérosité dans la tunique vaginale. Le mode de traitement imaginé et adopté généralement aujourd'hui par M. Velpeau pour la cure radicale de l'hydrocèle, consiste à remplacer l'injection vineuse par une injection iodée. Le double avantage qu'il signale dans cette substitution, c'est que l'injection iodée ne fait pas courir, par son infiltration dans le tissu cellulaire du scrotum, les dangers redoutables qui presque toujours sont

la suite des infiltrations vineuses; et d'un autre côté, l'action de l'iode est des plus efficaces pour résoudre l'engorgement chronique du testicule, qui complique très-souvent l'hydrocèle de la tunique vaginale.

Luxations de l'articulation scapulo-humérale. — Plus nombreuses que toutes les autres luxations prises ensemble, les luxations de l'humérus se présentent le plus fréquemment dans la pratique chirurgicale. Quoiqu'on ait admis que ce genre de luxations peut s'effectuer dans tous les sens, M. Velpeau n'admet de véritable déplacement que dans deux sens principaux : dans le sens antéro-interne, et dans le sens postéro-externe de la cavité glénoïde, c'est-à-dire dans le creux de l'aisselle et dans la fosse sous-épineuse. Cette division est aussi celle de M. Malgaigne, qui n'admet que les deux espèces de luxations coracoïdienne et sous-acromiale. Quant aux luxations sous-pectorale, sous-scapulaire et sous-claviculaire, ce ne sont que des variétés des luxations antéro-internes ou axillaires.

Cataractes. — Les différentes espèces de cataracte, leurs caractères différentiels, leurs complications, sont autant de points sur lesquels M. Velpeau est entré dans de grands détails, et qu'il a accompagnés de considérations et de réflexions nouvelles. Les leçons qu'il a faites sur le nouveau moyen de diagnostic proposé par M. Sanson, et confirmé par les recherches de MM. Bardinet et Pigné, ont été accueillies avec un intérêt général. Le traitement chirurgical de la cataracte et tous les procédés opératoires ont été également passés en revue par le professeur Velpeau.

Varices et varicocèle. — L'histoire des varices et du varicocèle ne présentant aucun point nouveau, le professeur de la Charité s'est uniquement attaché à ce qui concerne le traitement de ces deux affections. On sait que les moyens employés par les anciens consistent dans l'acupuncture, la cautérisation, la compression, l'excision, la ligature, l'incision, la section et la résection. Après les avoir tous rapidement examinés, M. Velpeau a mis un soin particulier à faire connaître à ses élèves les procédés plus modernes mis en pratique de nos jours, et à en établir la valeur respective. Ces moyens sont, pour les varices : l'acupuncture des veines par les

procédés de MM. Fricke et Davat, la compression locale par les procédés de Delpech et de M. Sanson aîné, enfin la ligature par le procédé de M. Velpeau, auquel M. Raynaud, de Toulouse, a apporté une modification ; pour le varicocèle, ce sont, à peu de chose près, les mêmes procédés, auxquels il faut joindre la compression par la pince de M. Breschet.

Introduction de l'air dans les veines. — M. Pavillon cite la plupart des observations qui ont donné lieu aux longues discussions qui se sont agitées au sein de l'Académie de médecine et de la plupart des sociétés médicales. Avant Bichat, on ignorait qu'une certaine quantité d'air atmosphérique arrivant au cœur, pouvait occasionner des accidents graves, et même donner la mort. Les cas qui, depuis, sont venus confirmer l'assertion de Bichat, ont été trop nombreux, pour que M. Velpeau ait pu passer sous silence pendant le cours de ses leçons cliniques une question qui était devenue un sujet de grande controverse , et pour l'éclaircissement duquel de nombreuses commissions avaient été chargées de faire des expériences sur les animaux vivants. Après avoir discuté la valeur des observations et des expériences, M. Velpeau a dû songer aux moyens de conjurer les dangers attribués à l'introduction de l'air dans les veines, et a consacré quelques mots aux moyens préventifs ou curatifs à employer contre cet accident.

Traitement de la gonorrhée. — Parmi les moyens de tous les genres qui ont été vantés contre la blennorrhagie, les uns, uniquement exploités par le charlatanisme, ne méritent aucunement de fixer l'attention ; les autres, quoique jouissant des honneurs d'une vogue populaire, n'offrent qu'une vertu curative médiocre, palliative et même douteuse; d'autres, enfin, qui sont au nombre des médicaments pharmaceutiques employés par les médecins eux-mêmes, ont une action plus ou moins réelle, plus ou moins énergique. Ce sont les agents thérapeutiques de ces deux dernières classes que le professeur a expérimentés lui-même, et sur la valeur curative desquels il exprime son opinion : tels sont la poudre à canon, les injections toniques et astringentes, le cubèbe, le copahu, l'iode, le sulfate de zinc, le nitrate d'argent, etc.

Xérophthalmie. — Une maladie assez peu connue et qui ne fi-

gure pas, en général, dans les cadres nosologiques, s'est présentée dans le service chirurgical de M. Velpeau. Cette maladie, qui a reçu différents noms, a été désignée et décrite par M. Schmidt, de Vienne, sous le nom de xérophthalmie ; ses principaux caractères sont : l'épaississement de l'épithélium de la conjonctive, l'insensibilité plus ou moins complète de cette membrane, l'absence de sécrétion de la glande lacrymale et des glandes de Méïbomius, et, par suite, la sécheresse et l'aspect terreux, pulvérulent, parcheminé, écailleux, de l'œil. L'histoire de cette maladie étant encore à faire, M. Velpeau a cru devoir laisser parler la nature et les faits, et s'est contenté de narrer avec détail les observations qu'il avait sous les yeux, ainsi que celles qui sont rapportées dans les ouvrages ou recueils qui font mention de cette affection, en les accompagnant de quelques réflexions.

Anus contre nature.— On doit aux beaux travaux de Dupuytren et à ceux de quelques autres chirurgiens de nos jours les progrès récents qu'a faits la pathologie moderne sur le traitement des anus contre nature. Sous ce rapport, néanmoins, comme sous une foule d'autres, la chirurgie est loin encore de sa perfection. M. Velpeau rapporte à ce sujet des observations intéressantes qui lui donnent lieu de se livrer à des réflexions sur le mécanisme de la formation de l'anus contre nature, sur ses différentes espèces et sur sa thérapeutique chirurgicale.

Nous félicitons M. le docteur Pavillon d'avoir eu l'heureuse idée de publier le recueil de ces leçons ; jeunes chirurgiens et élèves, tous y trouveront le moyen d'étendre leurs connaissances et de se perfectionner dans leur art. Aussi désirons-nous vivement la publication des autres leçons, que l'auteur nous promet, sur les fractures, les maladies du sein, les abcès, la phlébite, l'érysipèle, etc.

G. Vignolo.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Manuel pratique des maladies des yeux; d'après les leçons cliniques de M. le professeur Velpeau; par Gustave Jeanselme. 1 fort volume grand in-18 de 675 pages. Prix : 6 fr. Chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 17; chez l'auteur, place St-Michel, 12. 1840.

Leçons sur les fonctions et les maladies du système nerveux, professées au collége de France par M. Magendie, recueillies et publiées par C. James, interne des hôpitaux, revues par le professeur. Tom. II, in-8°, de 360 pages. Paris, 1839. Chez Ébrard, libraire-éditeur, rue des Mathurins-St-Jacques, 24.

Traité de pharmacologie et de l'art de formuler, de matière médicale et des indications thérapeutiques des médicaments; par M. Galtier. 3 vol. in-8°.

Première partie : Traité de pharmacologie et de l'art de formuler 1 vol. in-8°. Prix : 4 fr. 50 c.

Deuxième partie : Traité de matière médicale et des indications thérapeutiques des médicaments ; 2 vol. in-8°. Prix : 13 fr.

Chaque partie se vend séparément ; Paris, chez Lucas, libraire, rue de l'École-de-médecine, 4.

Essai sur l'hémiphlegie faciale chez les enfants nouveau-nés; par H. Landouzy, docteur en médecine, ancien interne à l'Hôtel-Dieu de Paris, membre titulaire de la Société anatomique, etc. Paris, chez J.-B. Baillière et G. Baillière, libraires, rue de l'École-de-médecine.

Un preservativo contro gli assalimenti cholerici sarabbe assolutamente impossibile? induzioni e speranze di un osservatore. Brescia, typografia del pio instituto in san Barnaba.

Quelques propositions sur les fonctions du foie et de la veine-porte, et sur les propriétés de la bile; par H. Ripault, D.-M., ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société anatomique de la même ville et de la Société médicale de Dijon. Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine.

A Dijon, chez les libraires Decailly et Lamarche.

Formulaire éclectique. Sommaire des matières : Choix de formules peu connues et recueillies dans les écoles étrangères ; paradigmes indiquant tous les calculs relatifs aux formules, avec des tables de comparaison tirées du calcul décimal, etc., par A. d'Étilly.

Chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 7.— Prix, 1 fr. 50 c.

Traité do mnémotechnie générale, ou l'Art d'aider la mémoire appliqué à toutes les sciences ; par M. Audibert, docteur en médecine, membre de plusieurs sociétés médicales. — 1 vol. in-18, de 260 pages, orné de huit planches. — A Paris, chez Ébrard, libraire, rue des Mathurins-St-Jacques, 24.— 1840.

Traité du système nerveux dans l'état actuel de la science; par J.-B. Sarlandière, membre des Académies de St-Pétersbourg, etc.— 1 vol. in-8°, avec six planches. A Paris, chez J.-B. Baillière, rue de l'École-de-Médecine, n. 17, et à Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.— 1840.

REVUE MÉDICALE.

(*Décembre 1839.*)

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

DU SIÉGE,

DE LA NATURE ET DU TRAITEMENT

DE LA CHLOROSE;

Mémoire lu à la Société de médecine de Paris

PAR P. JOLLY.

Il est une maladie dont l'étiologie semble avoir échappé jusqu'à ce jour à toutes les recherches d'anatomie et de physiologie pathologiques, et qui mérite d'autant plus l'intérêt et la sollicitude du médecin, qu'elle est, sans contredit, l'une des plus communes de toutes celles qui s'offrent habituellement dans la pratique de la médecine; je veux parler de la chlorose ou anémie, affection sur laquelle je demande à la Société la faveur de lui communiquer quelques remarques que l'observation et l'expérience m'ont suggérées; me réservant de réclamer plus tard sa bienveillante attention et ses lumières pour lui soumettre tous les développements dont peut être susceptible un pareil sujet.

La chlorose paraît avoir été observée de tous temps, car on en trouve des descriptions plus ou moins complètes dans

la plupart des écrits anciens et modernes; mais rien de plus variable que les opinions des auteurs sur le siége, la nature et le traitement de cette maladie.

Et d'abord, Galien l'a fait consister dans l'engorgement de la rate; Hippocrate, Sydenham, Cabanis, notre honorable ami M. Roche, dans l'asthénie des organes génitaux; Cullen, dans une adynamie de l'estomac; Gardien, dans une fièvre gastrique; Boisseau, dans un défaut de qualités stimulantes du sang; Astruc, Andral, dans un excès de sérosité sanguine.

M. Blaud, qui, dans ces derniers temps, a réuni, sous le titre commun *d'affections chlorotiques*, la chlorose proprement dite et l'anémie, attribue l'une et l'autre à une *sanguification vicieuse*, dont le résultat est un fluide imparfait, où la sérosité prédomine, où le principe colorant est en défaut, et qui n'est plus propre à exciter convenablement l'organisme (1).

Avant de discuter la valeur de ces diverses opinions, nous croyons devoir exposer les faits les plus propres à mettre en lumière ce point important de pathologie; ces faits, nous les

---

(1) La chlorose et l'anémie nous paraissent aussi constituer une seule et même maladie, qui peut bien offrir quelques nuances ou variétés de formes relatives aux âges, aux sexes, aux tempéraments, mais nulle différence de nature ou de caractères anatomiques et physiologiques. Ainsi, l'une et l'autre se manifestent dans des circonstances hygiéniques absolument analogues; toutes deux ont pour cause intime un vice ou plutôt une dépression de l'innervation, et pour effet constant et nécessaire une diminution réelle de la masse totale du sang, en même temps qu'une surabondance plus ou moins prononcée de la partie séreuse relativement à la partie rouge ou cruorique de ce fluide. Enfin, ce qui établit surtout entre elles une véritable identité de nature, c'est l'identité de leur traitement.

trouvons dans l'anatomie et la physiologie, la pathologie et la thérapeutique.

§ I. *Faits anatomiques et physiologiques.*

I. — On sait que les nerfs pneumo-gastrique et trisplanchnique s'associent à l'accomplissement de la vie nutritive dans des rapports anatomiques et physiologiques si intimes, qu'il n'est pas plus permis de les isoler dans l'étude de leurs maladies que dans celle de leurs fonctions.

Cette association devient surtout manifeste quand elle a pour but l'exercice des fonctions circulatoire, respiratoire, ainsi que celles d'hématose et de calorification. L'anatomie humaine et comparée établit même, entre les deux nerfs, une telle fusion, une telle solidarité, qu'aucun d'eux ne fournit sans l'autre des filets nerveux au cœur, aux vaisseaux, au poumon, à l'estomac, au foie, etc. : en sorte que toute affection de l'un ou de l'autre entraîne nécessairement les mêmes désordres dans l'économie, soit que l'affection émane directement du centre principal de leur fusion, c'est-à-dire du plexus solaire que l'on a appelé à juste titre *cerveau abdominal*, soit qu'elle tire sa source de l'un des points périphériques du système nerveux viscéral.

Un autre fait anatomique également digne de remarque, c'est la distribution des nerfs de la vie intérieure dans le système vasculaire en général ; les artères surtout, ainsi que la veine porte, sont entourées d'un réseau nerveux, qui ne s'arrête pas seulement à leurs principales divisions, mais qui se poursuit jusque dans leurs moindres ramifications, pénètre dans la trame de tous les tissus, dans l'intimité de tous les organes ; là, en un mot, où les grands phénomènes physio-

logiques de la vie intérieure s'accomplissent en vertu de la double influence corrélative et réciproque du sang et de l'agent nerveux.

En disposant ainsi et dans un ordre aussi admirable l'appareil nerveux viscéral, la nature semble déjà nous avoir indiqué le rôle important qu'il remplit dans les fonctions de circulation, d'hématose, de calorification, de sécrétion et de nutrition; et ce qui doit surtout prêter quelque appui à ce fait anatomique, ce sont les résultats de l'observation et de l'expérimentation physiologique.

II. — Ainsi la section du nerf pneumo-gastrique, pratiquée par Dupuytren, Magendie, Legallois, Breschet, Dupuis et par beaucoup d'autres expérimentateurs, a eu pour effet constant et immédiat d'empêcher l'exercice de la digestion et des sécrétions, de diminuer sensiblement la chaleur animale en même temps que de *défibriner* le sang artériel, c'est-à-dire de suspendre la conversion du sang veineux en sang artériel.

Un autre fait également bien constaté, c'est la coagulation immédiate du sang dans tous les vaisseaux du poumon, par la simple ligature des nerfs pneumo-gastriques (Mayer de Bonn). Ce que la physiologie expérimentale a fait, la pathologie a dû trop souvent l'accomplir. Ainsi, l'on a vu cesser instantanément l'état couenneux du sang par l'effet de la syncope, c'est-à-dire par la suspension de l'innervation (Gendrin). Et ce qui n'est pas moins concluant, quoique d'observation pour ainsi dire vulgaire, c'est que toute sensation insolite, toute impression morale quelconque, modifie à l'instant même et d'une manière remarquable les phénomènes de circulation et de sanguification, aussi bien que la composition du sang et les produits de sécrétion. J'ai fait maintes

fois la remarque que, dans les phlegmasies, même les plus aiguës, le sang perd une partie de ses qualités inflammatoires lorsque les malades témoignent beaucoup d'appréhension pour la saignée.

Il paraît donc suffisamment démontré que les lois de composition et de vitalité du sang ne s'exercent sur les organes d'hématose que sous l'influence de l'innervation.

Or, si c'est en vertu de l'innervation ganglionnaire que s'accomplissent les phénomènes d'hématose et la conversion du sang veineux en sang artériel, on ne voit plus comment le système nerveux serait étranger aux maladies chlorotiques, ni comment il ne serait affecté que secondairement dans cette affection.

Pour admettre le contraire, il faudrait admettre aussi que toutes les causes physiques ou morales auxquelles on attribue ordinairement toutes les perturbations du système nerveux, n'opèrent ces perturbations que par l'intermédiaire du système sanguin; que toute passion qui précipite les mouvements du cœur, altère ou suspend immédiatement une sécrétion, porte directement ses effets sur le sang, la bile, l'urine, et secondairement sur l'action nerveuse; ce qui ne serait pas seulement contraire à toutes les lois physiologiques connues, mais à toutes les règles du bon sens et de la saine logique.

D'après cela, il serait donc déjà tout naturel de regarder le système nerveux comme l'élément organique primitivement et spécialement affecté dans l'état chlorotique; car, ici comme dans toute autre maladie, l'état pathologique n'est et ne peut être que l'état physiologique anormal.

Mais si nous cherchons à apprécier les divers éléments de la maladie elle-même, c'est-à-dire les causes qui la prépa-

rent et la déterminent, les symptômes qui la précèdent et l'accompagnent, nous trouverons bientôt de nouvelles preuves non moins favorables à cette opinion.

§ II. *Faits pathologiques et thérapeutiques.*

I. Il est remarquable, en effet, que toutes les causes physiologiques ou pathologiques, physiques ou morales, qui portent des effets perturbateurs sur le système nerveux, sont également celles qui donnent lieu le plus ordinairement à l'état chlorotique. Ainsi, la révolution nubile, cette cause si puissante, si ordinaire de perversion du système nerveux, est aussi celle qui donne lieu le plus fréquemment à la chlorose, soit que celle-ci se manifeste avant la première menstruation, soit qu'elle survienne dans les premiers mois qui lui succèdent. La chlorose peut d'ailleurs se manifester à toutes les époques de la vie; il suffit pour cela que les organes d'hématose reçoivent la fâcheuse influence des désordres actuels de l'innervation ganglionnaire, et sous ce rapport l'état de viduité paraît être aussi l'une des conditions les plus favorables à la chlorose.

Si la chlorose a pu être considérée comme une cause fréquente de stérilité chez la femme, il est également d'observation qu'elle s'est souvent manifestée dans le cours de la grossesse. Et ici je ferai une remarque qui a bien quelque valeur dans l'opinion que nous soutenons : c'est que la chlorose ne se déclare, dans l'état de grossesse, qu'à la suite des phénomènes nerveux qui en signalent le début, comme si encore elle n'était qu'un effet nécessaire et qu'une conséquence physiologique de ces phénomènes nerveux.

Mais ce qui est moins généralement admis, quoique d'ob-

servation assez fréquente, c'est le fait de la chlorose chez l'homme. Bien qu'il y ait encore entre les auteurs dissidence d'opinions à cet égard, je ne pense pas que le fait puisse être mis en doute aux yeux de la plus grande majorité des praticiens.

Toutes les lésions organiques de la vie intérieure, et notamment celles des organes d'hématose, donnent également lieu à l'état chlorotique : telles sont surtout les affections organiques du foie, de la rate, du poumon. Dans ce cas, en effet, l'innervation elle-même est d'autant plus troublée que les organes qu'elle influence sont plus compromis. Une autre cause assez fréquente de chlorose est la présence d'entozoaires dans le trajet du tube digestif. Sauvages a même décrit une forme de chlorose, qu'il a appelée vermineuse en raison de cette complication, soit que la maladie s'explique par la cause même de la génération des vers, soit qu'elle résulte de la présence directe de ces hôtes dans l'économie. On trouve ordinairement une grande quantité d'ascarides et de douves dans le tube digestif et les conduits biliaires des animaux qui succombent à la cachexie aqueuse ou chlorose. Les acéphalocystes qui coexistent aussi très-fréquemment avec l'état chlorotique semblent avoir une très-grande relation de causalité avec cette maladie, et peut-être trouverait-on, dans la comparaison de leur siége, de leur étiologie et de leurs symptômes, des indications communes et rationnelles de traitement pour les deux genres d'affection.

De toutes les causes physiques ou hygiéniques de la chlorose, il n'en est pas de mieux établie ni de plus fréquente que l'air humide et marécageux ; et ce qui est digne de remarque, c'est que là où toutes les formes de névroses sont le plus fréquentes, les affections chlorotiques sont pour ainsi

dire endémiques. Telles sont certaines contrées de l'Angleterre, de la Hollande, de la Bretagne, où l'on rencontre plus spécialement les maladies nerveuses et les maladies chlorotiques.

En explorant l'état sanitaire des Landes, en 1832, j'ai été surtout frappé de cette coïncidence remarquable des deux genres d'affection. Plus des deux tiers de la population étaient alors atteints de fièvre tierce dans les contrées les plus paludeuses du pays, et tous les fébricitants, sans nulle exception, se trouvaient dans un état anémique plus ou moins prononcé. La même remarque a été faite par plusieurs auteurs, notamment par Stoll, qui a décrit une *chlorose épidémique;* par M. Monfalcon, de Lyon; par M. Vallée, de la Ferté-sous-Jouarre, qui ont eu de fréquentes occasions d'observer que les fièvres intermittentes et les affections chlorotiques règnent simultanément et le plus souvent d'une manière endémique dans la plupart des lieux marécageux.

La cachexie aqueuse des vétérinaires, qui représente l'état chlorotique dans l'espèce humaine, est également endémique dans les contrées où règnent habituellement les fièvres intermittentes, telles que la Sologne. Comme toutes les névroses, la chlorose est aussi fréquente dans les villes qu'elle est rare dans les campagnes. Toutefois, Baillou exprime une grande erreur quand il dit que les villes seules en fournissent des exemples.

M. Segond, médecin de la marine, à qui on doit une monographie récente sur la colique dite végétale, qu'il regarde comme liée à une affection du système nerveux abdominal, note aussi, comme fait d'observation presque générale, la coexistence des fièvres intermittentes et de la né-

vralgie abdominale ou ganglionnaire. Mais ce que M. Segond n'a pas assez fait sentir à ce sujet et qu'il nous importe de signaler ici, c'est l'ordre de succession constante des phénomènes fébriles intermittents, des phénomènes névralgiques et des phénomènes anémiques dans la presque universalité des faits qu'il rapporte.

M. Benjamin Pallas, dans la relation qu'il a faite, en 1820, de la colique de Madrid, avait également noté la circonstance des phénomènes fébriles intermittents comme le signal ordinaire de cette maladie et de l'état anémique, avec *couleur jaune verdâtre* qui lui a succédé. Et ce qu'il faut encore noter dans les observations des deux auteurs, c'est la circonstance de certaines lésions cadavériques, également propre à rattacher au système nerveux ganglionnaire les divers phénomènes morbides dont il s'agit.

Toutes les préparations saturnines paraissent aussi avoir pour effet d'opérer directement sur le système nerveux ganglionnaire une sédation qui peut elle-même devenir cause d'anémie. Un des phénomènes les plus constants de la colique de plomb est l'altération de couleur des tissus, qui prennent souvent l'aspect *jaune verdâtre*, comme dans le cas de colique végétale (Mérat, Tanquerel-Desplanches). C'est une forme spéciale d'anémie, due à une véritable intoxication qui a frappé de stupeur l'innervation ganglionnaire, et dont le traitement exige l'élimination de l'agent matériel qui l'a produite.

Toutes les autres causes de l'état anémique ont également une action spéciale, directe, et le plus ordinairement débilitante, sur le système nerveux abdominal. Telles sont surtout les évacuations excessives, une vie molle et oisive, une alimentation vicieuse ou purement végétale, des affections

morales tristes, les suites d'un amour malheureux, les abus de la masturbation, etc.

Il résulte donc de cette énonciation des causes de la chlorose ce fait général et important, que toutes sont communes à cette maladie et aux affections nerveuses abdominales, et que cette communauté de causes des deux affections doit surtout être prise en considération dans le rapprochement et l'identité que nous voulons établir entre elles.

II. La chlorose a pour caractères physiques les plus constants une décoloration générale des téguments et de tous les tissus de l'économie. Mais il est des cas où la teinte naturelle de la peau souffre peu d'altération, et où la maladie peut, à défaut de ce caractère, échapper à des yeux inexpérimentés.

Dans quelques cas même, la couleur des joues reste assez vive pour faire contraste avec le reste des téguments de la face et du corps, soit à cause de la finesse et de la transparence des tissus qui la composent, soit à cause du mouvement fébrile qui s'est développé à une certaine époque de la maladie.

Les symptômes de la chlorose, rapprochés de ceux des névralgies viscérales, ne confirment pas moins l'identité de siége et de nature des deux affections. Il est certain, en effet, que la chlorose est constamment précédée de phénomènes qui attestent une lésion de la sensibilité viscérale. Tels sont, indépendamment des accès de fièvres intermittentes, l'abondance et la limpidité des urines, la perte ou la dépravation de l'appétit, des dyspepsies habituelles accompagnées de borborygmes, de battements à l'épigastre, de crampes d'estomac, et douleurs dorsales plus ou moins vi-

ves. Joignez à cela la série des nombreux désordres de la respiration et de la circulation, tels que dyspnée au moindre exercice, diminution sensible de la chaleur animale, palpitations fréquentes, bruit de soufflé plus ou moins prononcé dans le cœur et les principales artères, et vous aurez non-seulement tout le cortége des maladies chlorotiques, mais encore tous les phénomènes qui indiquent au plus haut degré une lésion de l'innervation.

Ces deux ordres de phénomènes me semblent tellement liés, qu'il ne me paraît pas possible de les séparer, et je dirai même qu'il ne m'a jamais été permis d'observer des cas de chlorose, sans quelques désordres de l'innervation ganglionnaire ; de même que je ne sache pas avoir jamais rencontré d'exemples d'affection nerveuse abdominale tant soit peu prolongée, sans un commencement de décoloration ou d'anémie. Or, si la succession ou la simultanéité des deux ordres de symptômes est un fait constant, nécessaire, tous les phénomènes anatomiques, physiologiques et pathologiques que nous venons d'exposer se réunissent pour fixer le principe ou le point de départ des maladies chlorotiques dans le système nerveux de la vie intérieure.

III. Mais ce n'est pas tout.

Si nous invoquons le témoignage des faits thérapeutiques relatif à la chlorose et à l'anémie, ils viendront encore déposer dans le même sens et justifier ce précepte d'Hippocrate : *Naturam morborum ostendit curatio*. Ils nous prouveront, en effet, que tous les moyens de traitement que l'expérience a le plus universellement consacrés jusqu'à ce jour contre les affections anémiques, tels que le fer et ses préparations, le quinquina, les amers, etc., sont également ceux

que la pratique de tous les temps a opposés avec le plus de succès aux affections nerveuses de la vie intérieure ; ils prouveront, dis-je, que les mêmes médicaments sont de véritables spécifiques contre les névralgies ganglionnaires et les fièvres intermittentes, qui peuvent bien différer de forme, mais nullement de cause intime, de siége et de nature.

Il me serait facile d'exposer un grand nombre de preuves à l'appui des opinions que je viens d'émettre ; mais pour ne point fatiguer l'esprit du lecteur par de longs et fastidieux détails, je me contenterai de rapporter ici quelques faits relatifs aux conditions spéciales d'âge, de sexe, etc.

FAITS CLINIQUES. — *Exemples d'anémie dans les différents âges.*

1er FAIT. — *Cas de chlorose chez une jeune fille de cinq ans ; guérison par l'eau de Passy et le chocolat ferrugineux.* — Mademoiselle D.... avait joui d'une santé parfaite jusqu'à l'âge de cinq ans, lorsqu'elle fut atteinte, à la suite d'une vive insolation, de céphalalgie opiniâtre, avec délire, fièvre violente, et autres symptômes qui peuvent faire craindre une méningite aiguë.

Douze sangsues, appliquées derrière les oreilles, donnent lieu à une évacuation excessive de sang qui fait cesser presque immédiatement les accidents cérébraux, mais en laissant la jeune malade dans une décoloration complète, que plusieurs années même passées dans l'usage d'un régime tonique et sous l'influence de toutes les ressources de l'hygiène, ne peuvent faire disparaître. Cette décoloration est telle, qu'elle donne à toute la peau l'aspect de la cire. Elle s'accompagne d'ailleurs de faiblesse musculaire excessive,

de bourdonnements d'oreilles, de céphalalgie continuelle, de palpitations et de tous les symptômes d'un état anémique bien caractérisé. Cet état persistait encore, et au même degré, à l'âge de neuf ans, quand l'enfant fut mis à l'usage du chocolat ferrugineux, de l'eau de Passy gazeuse, d'une infusion de quinquina; joint à une alimentation tonique, prise sous l'influence du séjour prolongé à la campagne. Quelques semaines de ce traitement, suivi avec soin, suffirent pour rendre à notre jeune malade toute la fraîcheur et tous les caractères physiques de la santé la plus parfaite.

2e FAIT. — *Cas de chlorose accompagné d'accidents graves, observé chez une femme de trente-huit ans; guérison en trois semaines par les pilules ferrugineuses de Blaud.* — Madame N. était tombée dans une profonde tristesse après la mort de son mari, et, dès cet instant, sa santé avait éprouvé une altération remarquable. Des digestions lentes et laborieuses, accompagnées de bâillements fréquents, de pesanteur douloureuse à l'épigastre, quelquefois de diarrhée, mais le plus souvent de constipation, ne tardèrent pas d'amener de la maigreur et surtout de la décoloration dans tous les tissus; la menstruation diminua sensiblement chaque mois et finit par devenir absolument nulle. Bientôt tous les symptômes d'un état anémique se manifestèrent au plus haut degré.

Lorsque je vis madame N. pour la première fois, le 5 février 1837, elle portait dans tous ses traits l'image de la mort ou l'aspect de la cire. Son pouls était faible et fréquent, sa respiration courte et laborieuse, ses digestions difficiles, incomplètes, toujours accompagnées de coliques et suivies de dévoiement; ses jambes, qui lui refusaient la marche et la simple station, étaient œdématées, et la faiblesse

générale était telle, que la malade ne pouvait garder une situation verticale sans être menacée de syncope.

Madame N. prit immédiatement les pilules de Blaud, à la dose de quatre par jour d'abord, pendant six jours; après quoi l'on augmenta, au terme de chaque période de six jours, de deux pilules, jusqu'à la dose maxime de douze par jour, dont quatre le matin, quatre à midi, quatre le soir. On pratiqua en même temps des frictions sur toute la surface du corps avec une flanelle imbibée de teinture de quinquina; on fit usage matin et soir de demi-lavements d'eau de son. Je prescrivis pour boisson la décoction blanche de Sydenham, et pour aliments des gelées de viande et des potages féculeux. A l'aide de ce traitement, la malade recouvra peu à peu les forces et le teint; au bout de quinze jours, il s'était opéré en elle un retour de santé qui tenait presque du prodige. Depuis cette époque, sa santé s'est parfaitement soutenu, et n'a pas souffert la moindre altération.

3[e] FAIT. — *Cas de chlorose chez une dame de vingt-six ans, par suite de chagrins domestiques; guérison avec les antispasmodiques et les toniques.* — Madame de L., âgée de vingt-six ans, mariée depuis près de huit ans, a offert jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans tous les attributs de la santé la plus parfaite, jointe à une fraîcheur de teint remarquable. Elle a éprouvé deux avant-couches, et conçoit la crainte de ne pouvoir devenir mère; d'autres tourments d'esprit se joignent à ce chagrin, et dès-lors elle tombe dans une tristesse profonde. Ses digestions sont laborieuses, accompagnées de tiraillements d'estomac, de bâillements fréquents; elle éprouve en même temps une lassitude continuelle, une céphalalgie temporale et des bourdonnements d'oreilles, qui contribuent surtout à entretenir son état de tristesse. Les

règles diminuent chaque mois de quantité, et ne donnent plus qu'un sang aqueux et imparfait. Le teint est devenu tout-à-fait chlorotique. Des sangsues avaient été appliquées d'après l'avis d'un médecin que l'on avait consulté à mon insu, et avaient surtout augmenté la décoloration et la faiblesse. Lorsque je vis la malade pour la première fois, sa figure avait exactement l'aspect de la cire. Elle fit immédiatement usage des pilules ferrugineuses de Blaud, à la dose de quatre par jour d'abord, deux le matin, deux le soir ; on augmenta la dose d'une pilule tous les trois jours, jusqu'à celle de douze pilules. Mais la malade avait repris sa fraîcheur et sa santé naturelle avant d'arriver à cette dose définitive, et le traitement ne fut continué pendant quelques jours à doses décroissantes, que pour éviter le retour des mêmes accidents.

4e FAIT. — *Cas de chlorose à l'âge de neuf ans.* — Mademoiselle Aline L.... a joui d'une santé parfaite jusqu'à l'âge de neuf ans; elle habite l'un des quartiers les plus sains de Paris, et dans une maison qui, exposée au midi, offre toutes les conditions possibles de salubrité. Née de parents très-sains, et jouissant de tous les avantages de la fortune, entourée de tous les soins qu'inspire une sollicitude maternelle aussi tendre qu'éclairée, mademoiselle Aline éprouve toutefois, et sans qu'il soit possible de leur assigner une cause, des dérangements sensibles dans sa santé, et notamment de la faiblesse, des palpitations, de l'anorexie, de la constipation ; bientôt sa peau se décolore, ses cheveux tombent, la céphalalgie est presque continuelle et s'accompagne de sifflements d'oreilles et d'étourdissements. La progression devint de plus en plus pénible, la respiration plus courte et plus laborieuse. Cette série de symptômes persiste

et s'accroît d'autant plus que mademoiselle Aline se refuse pendant plusieurs mois au traitement ferrugineux que nous lui conseillons. On a recours à peu près sans succès à l'influence de l'air de la campagne, aux boissons amères, au régime tonique. Enfin, après un long état de souffrances dans lequel la santé est complètement détériorée, on parvient à lui faire prendre les pilules ferrugineuses de Valette, à la dose de quatre par jour d'abord, puis de six au bout de huit jours, et ensuite de huit au bout de quinze jours. Mais ce qui est bien remarquable, c'est l'amélioration sensible qui se manifeste après quarante-huit heures de ce traitement, amélioration telle qu'on a peine à l'attribuer uniquement à la faible quantité du médicament employé. Chaque jour le teint acquiert plus de coloris et de fraîcheur, les forces augmentent, la marche devient plus facile, l'appétit plus prononcé. Quinze jours suffirent à l'entier rétablissement de la jeune malade, qui ne continua le remède, à doses décroissantes, que pour se mettre plus sûrement à l'abri de toute rechute.

5e FAIT. — *Cas de chlorose à vingt-neuf ans.* — Le 3 septembre 1839 est entrée dans la salle Ste-Madeleine, de la Charité, service de M. Bouillaud, la nommée Adèle Loève, âgée de vingt-neuf ans, cuisinière, d'une constitution faible, d'un tempérament lymphatique, cheveux châtains. Elle ne voit plus depuis quatre mois, attribue sa maladie aux événements de mai, et se plaint depuis ce temps de défaillance, de tournoiement de tête et de tiraillement d'estomac, qui la forcèrent à entrer dans le service de M. Fouquier, il y a quelques mois. Là, on lui fit une saignée du bras et une application de quarante-huit sangsues, tant aux cuisses qu'à l'anus. Il est à noter que précédemment à

son entrée à l'hôpital, cette fille ne se nourrissait que de légumes.

Aujourd'hui, 4 septembre, cette fille présente les mêmes symptômes de défaillance, de tournoiement et de tiraillement d'estomac ; la peau du visage est blême, décolorée ; la partie dorsale des mains est d'un blanc mat, sans aucune trace des veines superficielles. Il existe un écoulement leucorrhéique. Le cœur bat avec violence au moindre effort ; les pieds sont œdématiés le soir. Matité précordiale normale, on entend un bruit de souffle circonscrit à l'orifice aortique, ainsi que le bruit de diable dans les carotides droites, dans la position couchée, et persistant dans la position assise.

Diagnostic. — Chlorose, aménorrhé, leucorrhée. — *Traitement.* Un pot d'eau de Spa, six pastilles de chocolat ferrugineux ; demi d'aliments, côtelette. Les jours suivants, 5, 6, 7, 8, point de changement appréciable.

10. La malade se sent un peu soulagée, plus forte, moins sujette à ses défaillances, la leucorrhée continue ; le bruit de souffle diminue un peu dans le cœur et dans les artères. Continuation du traitement.

12. Les douleurs d'estomac ont cessé ainsi que l'enflure des pieds. Le bruit de souffle du cœur et des carotides se fait à peine entendre. Traitement *ut supra.*

13. Le mieux continue.

14. Convalescence bien établie. La malade reste encore quelques jours à l'hôpital, malgré sa complète guérison.

7[e] FAIT.— *Cas de chlorose dans la grossesse.*— Madame G., arrivant de Mexico, où elle est née, mariée depuis quatre ans, et déjà mère de trois enfants, jouissant d'ailleurs d'une santé parfaite jusqu'à l'âge de vingt-quatre ans, éprouve au troisième mois de sa quatrième grossesse, après deux

ans de séjour à Paris, des signes non équivoques de chlorose, tels que faiblesse musculaire, fatigue extrême au moindre exercice, pâleur générale, céphalalgie temporale avec sifflement des oreilles, palpitations fréquentes, œdématie des extrémités inférieures, etc.

Madame G., qui dans ses précedentes grossesses a dû subir la coutume du pays, qui est de saigner chaque mois les femmes enceintes, attribue son état de souffrance au sang et redemande avec instances d'être saignée. Dans l'impossibilité de se refuser à ses pressantes et continuelles exigences, on lui pratique une saignée de deux palettes, au plus. Mais les accidents précités s'accroissent d'une manière notable, et l'on a recours aux préparations de fer (pilules de Blaud), qui amènent en très-peu de temps une amélioration sensible, et finissent par triompher de la maladie avant le terme ordinaire de la grossesse. Depuis cette époque, l'accouchement s'est fait d'une manière heureuse, et madame G. conserve une santé parfaite.

8e FAIT. — Madame Philippe, âgée de vingt-trois ans, avait éprouvé dès les premières semaines de sa grossesse de vives douleurs d'estomac, accompagnées de vomissements presque continuels. Des bains tièdes, des sangsues à l'épigastre, un emplâtre de thériaque opiacé, avaient été successivement appliqués sans être suivis d'aucune amélioration. On remarqua au contraire un affaiblissement général avec décoloration de tous les tissus, puis une infiltration des extrémités inférieures qui obligeait la malade de garder le lit.

La grossesse fut mise en doute jusqu'au cinquième mois de la suppression ; mais les mouvements de l'enfant, joints au développement que le ventre avait acquis à cette époque, ne laissèrent plus aucun doute à cet égard.

Madame Philippe fut mise à l'usage des pilules de Blaud, et commençait à recouvrer peu à peu le teint et les forces qu'elle avait complétement perdus, lorsqu'elle fut prise, vers le sixième mois de sa grossesse, de douleurs d'enfantement, qui se terminèrent par une avant-couche.

Depuis cette époque, la santé de madame Philippe s'est parfaitement rétablie.

EXEMPLES DE CHLOROSE CHEZ L'HOMME.

9e FAIT. — *Jeune homme de onze ans atteint d'anémie par suite de fièvre tierce; retour fréquent des accès malgré le sulfate de quinine; guérison définitive par l'usage des préparations de fer.* — Eugène L., âgé de onze ans, né de parents sains, mais dans des conditions peu aisées de fortune, et habitant un séjour humide, a éprouvé souvent des accès de fièvre tierce, qui ne cédaient au sulfate de quinine que pour reparaître après quelques semaines ou quelques mois, pendant lesquels il demeurait pâle, chétif, et dans un véritable état anémique. Il était d'ailleurs tourmenté de palpitations fréquentes, de douleurs de tête habituelles, de tristesse et d'anorexie complète. Lorsque je fus consulté, malgré l'examen le plus scrupuleux de l'enfant, je ne découvris aucun organe spécialement affecté, mais toute une constitution appauvrie, détériorée. Le pouls était fréquent, la peau sèche et comme étiolée, la langue muqueuse et jaunâtre. Le moindre exercice était accompagné de suffocations et de palpitations. Le malade fut mis immédiatement à l'usage d'une poudre composée de

Sous-carbonate de fer. . ℥ ij.
Quinquina en poudre. . ℥ j.

A prendre par paquets de neuf grains, matin et soir.

Il buvait comme tisane, et à l'heure des repas, de l'eau ferrée ; et sa santé se rétablit graduellement de la manière la plus satisfaisante, après environ six semaines de traitement.

10e FAIT. — *Cas de chlorose à quarante-cinq ans.* — Le 19 ptembre 1839 est entré à l'hôpital de la Charité, service de M. Bouillaud, Jean-Baptiste Petit, âgé de quarante-cinq ans, doreur sur métaux, d'une constitution détériorée, d'un tempérament lymphatique ; ayant séjourné trois ans en Afrique, où il fut atteint de fièvres intermittentes et de dysenterie.

Depuis un an, il éprouve un peu de gêne à l'épigastre ; cependant son appétit s'est conservé, il n'y avait point de trouble dans les digestions. Il y a trois mois qu'il a été obligé de cesser ses occupations ; ce n'est que depuis cette époque qu'il éprouve de la gêne dans la respiration et des essouflements en montant un escalier, sans palpitations. Céphalalgie continuelle. Son appétit a diminué, et depuis cette époque, il éprouve un peu de dévoiement. Il y a quinze jours, il est entré à la Pitié, où on lui a mis un vésicatoire volant sur l'épigastre.

État actuel. — Teinte pâle du visage, matité du cœur normale, bruits normaux, 60 pulsations, pouls petit, veines superficielles des extrémités supérieures, du dos de la main surtout, affaissées, peau fraîche, bruit de souffle dans les artères du cou à droite.

Diagnostic. — État chloro-anémique bien caractérisé, en-

téro-colite chronique chez un sujet exténué par des maladies antérieures.

Traitement. — Eau de Spa, un pot; pastilles de chocolat ferrugineux, six; la demi-côtelette.

20. Trois selles depuis hier, composées en grande partie de glaires; peu de chaleur; 56 pulsations; pouls médiocrement développé, flasque; matité du cœur normale; persistance du souffle continu dans la carotide droite, surtout dans la position assise. Langue bonne; ventre peu ballonné, souple, un peu sensible vers la région épigastrique; un peu de gargouillement dans le flanc droit; la résonnance du poumon et la respiration bonnes en avant et en arrière. — *Traitement:* un pot d'eau de Spa, cataplasmes laudanisés sur l'abdomen, demi-lavement avec de la gomme et de l'amidon, potion gommeuse avec douze gouttes de laudanum; lait, deux tasses; deux bouillons; crème de riz.

21. Encore quatre selles de matières glaireuses. Traitement *ut supra.*

22. Persistance du dévoiement. Même prescription que la veille.

23. Pas de dévoiement. Continuation de la prescription d'hier.

26. Recrudescence des évacuations alvines, mêlées de quelques ténesmes : on suspend l'eau de Spa. Eau de riz avec sirop de coings, deux pots; potion gommeuse.

27. Encore deux selles glaireuses, mais sans ténesmes ni traces de sang; peau de chaleur modérée, pouls peu développé, 64 pulsations. Traitement *ut supra.*

28. Deux selles sans coliques. Même prescription, un huitième d'aliments.

1er octobre. Peau chaude, encore trois selles de même nature.

11 octobre. Continuation du dévoiement : eau de riz avec sirop de coings, deux pots, avec un gros de cachou ; un huitième d'aliments.

13. Le dévoiement a cessé, mais des vomissements deux ou trois heures après avoir mangé ; matières composées en grande partie d'aliments. Eau de Seltz, vésicatoire sur la région épigastrique, deux soupes.

14. Le malade sort.

11e FAIT. — *Symptômes de chlorose chez un jeune homme de vingt ans* (observation recueillie par M. le docteur Tanquerel-Desplanches). — Le 7 juin 1837 est entré à l'hôpital de la Charité, salle St-Ferdinand, n° 5, le nommé Charles Lecuyer, âgé de vingt ans, d'une taille de 5 pieds 2 pouces, bien constitué, d'un embonpoint médiocre, ayant eu autrefois les chairs fermes, lesquelles sont un peu flasques aujourd'hui, mais habituellement d'un teint pâle et ayant la peau blanche sur tout le corps. Cordonnier depuis l'âge de quatorze ans, il a toujours été bien nourri, à l'exception d'un espace de six mois durant l'été de 1831, où il vécut au milieu des plus grandes privations, couché très-souvent dans les champs, ne vivant presque uniquement que de pommes de terre ou de fruits, n'ayant que bien rarement du pain, et mangeant quelquefois de la viande de cheval. Il mène d'ailleurs une vie régulière, ne faisant d'excès d'aucun genre.

Bien portant depuis son jeune âge, il n'a jamais fait de maladie qui l'ait obligé à s'aliter, autre que la maladie actuelle : mais il a toujours eu l'haleine courte, et il a constamment éprouvé des palpitations intermittentes dévelop-

pées par l'action de monter, une marche un peu rapide, une émotion morale même légère, palpitations qui s'accompagnaient d'un sentiment d'oppression derrière le sternum, et duraient un quart d'heure environ. Le sommeil aussi était agité d'habitude par des rêves, et fréquemment interrompu par des réveils en sursaut ; de plus, le malade était sujet à perdre facilement connaissance ; mais il n'a jamais eu d'œdème aux membres inférieurs, jamais d'hémoptysies ; il n'est point sujet aux rhumes. D'un appétit variable, il est du reste habituellement constipé, n'ayant de selle que tous les trois ou quatre jours.

Sa maladie actuelle remonte du 20 au 25 mai environ. Le lendemain d'un jour où il avait fait une course longue et fatigante, il éprouva de la céphalalgie, de la courbature, quelques frissons, lesquels persistèrent encore quelque temps ; il y eut augmentation de la soif et perte de l'appétit. Obligé de se coucher, il ressentit des palpitations plus violentes, toujours par intervalles, et une oppression continue plus prononcée qu'à l'ordinaire et plus forte la nuit que le jour, sans toux ni crachats. Ces symptômes persistant avec de grandes variations d'intensité, le malade se rendit à l'hôpital environ quinze jours après le début, n'ayant fait d'autre remède jusqu'alors que la diète, le repos, de la tisane d'orge et de chiendent, et une saignée du bras trois jours avant son entrée.

Le 8 juin, il est dans l'état suivant : décubitus préféré à droite depuis qu'il est malade ; coloration générale pâle des téguments ; palpitations par intervalles, accompagnées d'un sentiment d'oppression derrière la partie antérieure de la poitrine, plus prononcée du côté gauche ; sommeil lourd, agité ; du reste, pas d'œdème aux membres inférieurs, pas

de toux ni de crachats ; le malade n'éprouve pas non plus de faiblesse ni de langueur , mais sa dyspnée habituelle est un peu plus prononcée qu'à l'ordinaire ; l'appétit est presque nul, la soif assez grande , et sa constipation habituelle persiste ; il n'y a, du reste, aucun mouvement fébrile prononcé, et les autres fonctions sont dans l'état d'intégrité. La poitrine est sonore partout, à l'exception de la région précordiale, où le son est mat , mais dans une étendue peu considérable ; le bruit respiratoire n'est point altéré. Les battements du cœur sont légèrement irréguliers, et les bruits forts, avec une impulsion assez prononcée, sans accompagnement de bruit anormal autre qu'un léger bruit de souffle correspondant au premier bruit du cœur. Un bruit de souffle manifeste se fait entendre aussi dans les artères. On prescrit eau gommeuse sucrée, vingt-cinq sangsues à l'épigastre et la diète.

Les piqûres des sangsues fournissent beaucoup de sang ; elles coulent en partie jusqu'au lendemain matin.

Le 9, le malade est extrêmement pâle, les lèvres décolorées , les défaillances imminentes , dès qu'il essaie de se lever.

Ces phénomènes diminuent graduellement les jours suivants; mais le teint du malade reste pâle ; ses lèvres sont encore peu colorées, par moments presque blanches ; les palpitations et l'oppression reviennent toujours par intervalles. Il ne survient d'ailleurs ni bouffissure de la face, ni œdème des extrémités. Au bout de cinq jours, on commence à donner quelques soupes , en augmentant ensuite progressivement la quantité des aliments.

Environ huit jours après son entrée, on lui administre le sous-carbonate de fer à la dose de quatre grains. Le malade

ayant éprouvé des coliques, on les interrompt au bout de trois jours, et on administre quelques préparations de digitale, soit la poudre sous forme de pilules, soit la teinture dans une potion antispasmodique, qu'il continue pendant neuf jours. Cependant, les phénomènes précités persistent toujours et d'une manière intermittente; les palpitations reviennent par intervalle, on les constate presque tous les matins. Dans ces moments, les battements de cœur sont énergiques, accélérés, avec une impulsion marquée; les bruits sont forts, le premier surtout, qui offre un timbre métallique; parfois aussi, il s'y joint un très-léger bruit de souffle. A chaque examen, on constate aussi un bruit de souffle très-évident dans les carotides. Le 3 juillet, on lui donne du sulfate de quinine, à la dose de douze grains, administré jusqu'au 7 juillet inclusivement. Cette médication n'ayant exercé aucune influence sur les phénomènes intermittents précités, on revient, le 8, au sous-carbonate de fer donné à la dose de vingt-quatre grains le premier jour, et de trente-six les jours suivants. Cette médication hâte l'amélioration de l'état général, amélioration qui avait déjà commencé depuis les premiers jours de juillet; les palpitations aussi diminuent d'intensité et se prolongent moins long-temps, mais l'oppression persiste.

Le malade ayant eu du dévoiement à la troisième dose, on interrompt de nouveau le sous-carbonate, et, depuis lors, les palpitations ont repris un peu plus d'intensité; du reste, l'état général de la santé du malade est bon, et il sort de l'hôpital le 17, conservant encore des palpitations intermittentes, avec les mêmes phénomènes d'auscultation que précédemment; un très-léger bruit de souffle dans les carotides, de l'oppression et une pâleur assez prononcée des té-

guments, mais bien portant sous tous les autres rapports.

12e FAIT. — *Chlorose chez un homme de cinquante-cinq ans, par suite de chagrins domestiques ; guérison par les préparations de fer.* — M. Chaumette, après avoir éprouvé de grandes pertes de fortune, était tombé dans une profonde mélancolie, qui fut bientôt suivie de troubles généraux de la santé. Ses digestions étaient lentes et pénibles, accompagnées de bâillements et d'éructations fréquentes ; ses forces s'affaiblirent de jour en jour au point de ne plus pouvoir soutenir le moindre exercice sans éprouver au plus haut degré le sentiment de la fatigue. La moindre progression sur un plan ascendant était une cause constante de palpitations, d'oppression et de suffocation. Toute la peau du corps avait pris une teinte jaune paille comparable à celle de la cire. Les lèvres, les gencives, la langue, les caroncules lacrymales, en un mot tous les tissus rouges de l'économie étaient frappés de cette décoloration. Ce qui tourmentait surtout le malade, c'était des palpitations fréquentes jointes à une céphalalgie *pulsative* de la région temporale, avec des bourdonnements d'oreilles continuels. Il était depuis quelque temps en traitement pour une affection organique du cœur lorsque je le vis pour la première fois ; et cela, par suite de l'éloignement du médecin qui lui avait donné des soins jusqu'à cette époque. Indépendamment des phénomènes précités, je fus surtout frappé des désordres de la circulation. Le cœur, l'aorte et les carotides offraient à la simple application de l'oreille un bruit de souffle des plus prononcés, et qui avait bien pu en imposer pour une affection organique du cœur.

Toutefois, l'absence de signes positifs de lésion organique, l'insuccès du traitement, et plus encore l'état de faiblesse générale et de décoloration absolue du sujet joint au

peu d'espoir de le conserver, me déterminèrent à tenter un traitement anti-chlorotique.

Le malade prit chaque jour d'abord six pilules de Blaud, et l'on augmenta graduellement la dose d'une pilule par jour jusqu'à celle de quinze, qui en fut le terme. Il prenait, en outre, de l'eau gazeuse de Spa avec addition de vin blanc à l'heure des repas, qui se composaient des gelées animales, des potages gras, de viandes rôties, etc. En peu de jours, une amélioration notable se fit sentir et donna bientôt des espérances de guérison que nous n'avions pu d'abord concevoir. Au bout de deux mois environ, M. Chaumette avait recouvré son teint, sa force et sa santé.

13ᵉ FAIT.— *Autre cas de chlorose essentielle dans l'homme.* — Vers le milieu du mois d'août dernier, un jeune soldat qui sortait de l'hôpital du Val-de-Grâce fut amené à la clinique de la Charité devant le professeur Bouillaud, qui, au premier aspect du malade, diagnostiqua une chlorose. En effet, ce jeune homme, dont le teint était exactement celui de la cire, avait de l'essouflement au moindre exercice et surtout quand il montait un escalier. Un bruit de souffle bien manifeste avait lieu dans le cœur et les artères carotides. Néanmoins le volume du cœur était normal, et rien n'indiquait aucune lésion de cet organe ni d'aucun appareil organique de l'économie. Le malade fut mis aussitôt à un traitement ferrugineux; mais, ce traitement n'ayant point été suivi à l'hôpital, il ne nous a pas été possible d'en connaître les résultats.

14ᵉ FAIT. — *Autre exemple d'anémie chez un sujet adulte.* — M. L. avait été atteint dans le courant de mai 1836, à la suite d'un long séjour dans un lieu humide, de plusieurs accès de fièvre intermittente tierce. Depuis cette époque, il

avait éprouvé successivement de la faiblesse musculaire, de la lenteur dans la digestion, de l'oppression par le moindre exercice, des palpitations fréquentes, des sifflements d'oreilles, une céphalalgie temporale, et enfin tous les symptômes d'un état anémique bien prononcé.

L'exploration la plus attentive faite en présence de MM. Delens, Roche et Cruveilhier, n'avait découvert aucune trace de lésion organique dans aucun des appareils de la respiration ni de la circulation, et l'on fut d'avis unanime d'avoir recours à un traitement anti-chlorotique qui justifia bientôt l'opinion que nous nous étions formée sur la nature de la maladie. Le malade fit usage des préparations ferrugineuses combinées avec l'extrait d'aloès, d'eau minérale gazeuse de Passy, et d'un régime alimentaire essentiellement tonique. Après environ un mois de ce traitement, la plupart des accidents disparurent. M. L. reprit de la fraîcheur, de l'embonpoint, et tous les caractères physiques de la santé.

Toutefois, M. L. ne devait pas jouir long-temps du succès de son traitement ni des avantages de sa santé. Au bout de quelques mois, il se manifesta chez lui de nouveaux désordres des organes digestifs, et, cette fois, ils furent accompagnés de sensibilité à l'épigastre, surtout à la pression, d'expuition fréquente de salive, d'amaigrissement rapide, de fièvre et autres symptômes propres à dénoter une lésion organique profonde.

Plusieurs exutoires appliqués sur l'épigastre, des bains alcalins, des eaux minérales de même nature, ne firent que retarder le terme de la maladie, et M. L. succomba après plusieurs mois de cette rechute.

Quelle que soit la liaison qui ait pu exister entre la première affection et les symptômes qui ont amené la fin fu-

neste de la dernière maladie, il est évident que l'état chlorotique n'était pas tellement sous la dépendance de l'affection organique qui a été signalée en dernier lieu qu'il n'ait pu céder assez promptement à un traitement ferrugineux. M. L. a été rendu, pendant plusieurs mois, à la santé, à toutes ses habitudes de travail, et rien ne pouvait faire craindre un retour de maladie pendant cette période de temps.

Voici, d'ailleurs, d'autres faits qui pourront également prouver qu'une lésion organique concomitante d'un état chlorotique n'empêche pas, autant qu'on pourrait le penser, le succès des préparations ferrugineuses dirigées spécialement contre ce dernier phénomène pathologique, quelle que soit sa relation de causalité avec la lésion organique elle-même.

15e FAIT. — Madame V...., âgée de vingt-huit ans, éprouvait depuis plusieurs mois une douleur sourde et profonde à la région hypochondriaque droite. Ses digestions étaient à la fois lentes et douloureuses, accompagnées d'éructations fréquentes et quelquefois même de vomissements. A ces symptômes locaux succédèrent la pâleur, l'amaigrissement, de la toux, de l'oppression, des palpitations et de fréquentes syncopes.

En examinant l'abdomen, on découvre au point douloureux, correspondant à l'hypochondre droit, une tumeur débordant de plusieurs pouces les fausses côtes du même côté. Cette tumeur est dure, rénitente, douloureuse à la pression. Les urines sont le plus ordinairement alcalines, et il existe parfois sur la peau une légère teinte ictérique que l'on distingue facilement de la teinte chlorotique habituelle.

La malade éprouve d'ailleurs une telle faiblesse muscu-

laire qu'elle se condamne à une immobilité presque complète. La seule position verticale lui donne des palpitations et des accès d'oppression, qui l'obligent à rester presque constamment dans une situation horizontale. La menstruation ne donne plus qu'un sang séreux et incolore qui coule à peine quelques heures chaque mois.

Dans un tel état, et malgré la circonstance de l'induration du foie qui accompagne l'affection anémique, nous conseillâmes le traitement anti-chlorotique, c'est-à-dire les pilules de Blaud, qui furent administrées immédiatement à la dose de quatre par jour d'abord, puis de six au bout de cinq jours, et enfin de huit au bout de dix jours. La même amélioration se manifesta aussi promptement que dans les cas précédents, et madame V... avait, en moins d'un mois, recouvré une santé parfaite. La tuméfaction du foie avait elle-même diminué d'une manière sensible, et les eaux de Vichy prises à l'intérieur et en bain vinrent consolider une guérison qui s'est parfaitement soutenue depuis cette époque.

De toutes les causes organiques capables de donner lieu à l'état chlorotique, je n'en connais pas de plus puissante que la présence d'hydatides dans la substance du foie. Les faits suivants, qui témoignent de cette vérité, prouvent aussi que dans ce cas même les préparations ferrugineuses ne sont pas complétement inefficaces.

16e FAIT. — Le portier du n° 12 de la rue des Fossés-Montmartre éprouvait, de temps en temps, des accès de fièvre intermittente, qui cédaient ordinairement à des doses de sulfate de quinine. Néanmoins il s'affaiblissait d'une manière sensible, et son teint se décolorait chaque jour au point d'acquérir en peu de temps l'aspect de la cire. Il y avait en même temps de l'oppression, des palpitations, surtout par

le moindre exercice; les urines étaient rares, la constipation des plus opiniâtres. Le malade se plaignait d'une douleur sourde et habituelle à l'hypochondre droit, d'une toux fréquente et opiniâtre avec des accès de suffocation dans toute situation horizontale pendant la nuit, qu'il passait le plus ordinairement dans l'insomnie. L'auscultation ne donnait aucun résultat positif du côté de la poitrine, mais le foie avait acquis un développement remarquable dans tous les sens, de manière à refouler le poumon en haut, à rendre la respiration très-laborieuse dans certaines positions, et à déborder les fausses côtes de plusieurs pouces du côté de l'abdomen.

Il était évident que l'état anémique ou chlorotique du malade était lié à une affection organique du foie de nature au moins équivoque, mais à laquelle il n'était guère permis d'opposer quelque moyen efficace. Toutefois, nous conseillâmes les préparations de fer unies au savon et à l'aloès, que le malade prit à dose laxative pendant environ quinze jours; il prenait, en outre, de l'eau de Passy gazeuse additionnée de vin blanc, et l'on pratiqua sur toute l'étendue de la région du foie des frictions stibiées qui produisirent une éruption considérable de pustules et parurent amener quelque réduction dans la tumeur et quelque amélioration dans l'état général du malade. Ce traitement fut continué pendant environ un mois, après lequel le malade était sensiblement mieux, avait repris des forces, du teint et de l'appétit, et put enfin entreprendre sans difficulté, avec l'espoir d'achever sa guérison, le voyage d'Auvergne, son pays natal.

J'ignore, depuis plus de deux ans qu'il a quitté Paris, quel a été le sort du malade; mais ce qui reste évident pour

moi, c'est le succès d'un traitement anti-chlorotique, même dans le cas de lésion matérielle bien constatée des organes d'hématose.

S'il était permis de déterminer *à priori* la nature d'une telle lésion, je ne serais pas éloigné d'admettre l'existence d'hydatides chez ce malade, ainsi que chez le sujet de l'observation 14.

Ce qui permit d'admettre cette supposition, c'est la concordance parfaite de symptômes observés chez ces deux malades avec ceux observés dans des cas d'hydatides constatés par l'autopsie. En voici surtout un exemple remarquable :

17e FAIT. — Le portier de la rue des Singes, nº 5, était depuis plusieurs années dans un état de décoloration complète avec oppression habituelle, faiblesse musculaire, lassitude continuelle et tendance à la syncope. Les digestions étaient lentes et douloureuses, la défécation rare et difficile; il se plaignait de palpitations fréquentes, d'une céphalalgie opiniâtre et de bourdonnements d'oreilles.

On avait accusé tour à tour une affection organique du cœur, une hydro-péricarde, une hépatite chronique, etc., et des médications spéciales avaient été successivement dirigées contre chacune de ces prétendues affections, et toujours sans aucun résultat favorable.

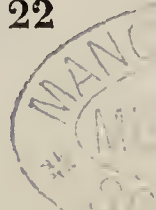
Le malade, qui n'avait pas interrompu d'une manière absolue ses occupations, se sentit défaillir un matin, vers sept heures, au moment où il balayait le devant de la maison, et tomba sans connaissance. Transporté immédiatement dans son lit, il expira presque aussitôt.

L'autopsie fut faite le lendemain en présence de M. Deschamps, qui avait donné des soins au malade, de M. Patissier et de moi. En voici les circonstances les plus remar-

quables : amaigrissement du corps peu sensible, commencement d'infiltration aux extrémités inférieures, peau couleur de cire, ventre distendu par des gaz, épigastre tuméfié et rendant un son mat à la percussion. Thorax parfaitement sonore dans toute son étendue, excepté à la partie inférieure du côté droit où la percussion rend un son mat jusqu'à sa moitié inférieure.

Le cœur, le poumon, les plèvres ne présentent aucune trace de lésion matérielle, mais offrent une décoloration remarquable avec un premier degré d'atrophie. Les cavités pleurales et celle du péricarde contiennent une plus grande quantité de liquide que dans l'état normal. A l'ouverture de l'abdomen, nous trouvons les intestins baignés par une certaine quantité de liquide séreux, environ une livre, sans altération organique. Le foie fait une saillie considérable dans l'abdomen, recouvre presque en entier l'estomac et le colon transverse. Sa couleur, comme celle de tous les tissus, est d'un blanc grisâtre. Une simple section de sa membrane externe fait jaillir au-dehors une énorme masse d'hydatides, dont le volume varie depuis un grain de millet jusqu'à celui d'un œuf de poule; chaque section pratiquée dans l'épaisseur du foie donne également lieu à une nouvelle issue de masses hydatiques. Toute la texture de l'organe en est pour ainsi dire farcie, au point qu'il devient impossible d'en calculer le nombre, et que l'on peut tout au plus en évaluer le poids, qui est de sept à huit livres.

Les deux observations suivantes, rapportées par M. Cruveilhier dans son article *Acéphalocystes* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, sont encore des témoignages propres à prouver cet effet remarquable de la pré sence des hydatides dans le foie comme cause d'anémie.



18ᵉ FAIT. — Un homme ressent, après un ancien choc à l'hypochondre, une douleur avec tuméfaction du même côté, accompagnée d'une fièvre intermittente quotidienne. Son teint est *pâle*, ses digestions laborieuses, ses jambes infiltrées. Sa santé se détériore graduellement, et après quelques années de souffrances il meurt dans le marasme.

A l'ouverture, on trouve le poumon droit refoulé jusques au-dessus de la troisième côte; le grand lobe du foie était converti en un énorme kyste contenant cinq litres de liquide limpide, et un litre environ de liquide trouble d'apparence laiteuse; des débris nombreux s'étaient réunis au fond du kyste et formaient une masse plus volumineuse que le poing (acéphalocyste solitaire); tous les autres organes étaient sains.

19ᵉ FAIT. — Un chantre, âgé de trente-un ans, se présente à la clinique de M. Andral dans l'état suivant : teinte *jaune verdâtre* de la peau, marasme, sentiment d'embarras plutôt que de douleur dans l'hypochondre droit, l'exploration n'y fait découvrir aucune tumeur; l'appétit est naturel; l'abdomen est souple et indolent, les urines rouges et rares, les selles libres; mais au bout d'un certain temps, dyspnée et tous les symptômes d'une pneumonie à laquelle le malade succombe.

A l'ouverture, on trouve, indépendamment des traces d'une pneumonie aiguë, deux kystes acéphalocystes dans l'épaisseur du foie, et deux autres kystes dans la substance de la rate.

FAITS CHIMIQUES.

Il importait aussi de déterminer les altérations de quantité et de qualité que le sang peut subir dans la chlorose, et de fixer les caractères accidentels, physiques et chimiques, qu'il peut acquérir. Or, il suffit, d'une part, de la plus simple observation pour constater un premier fait, savoir : que le sang se trouve dépouillé en partie de son principe colorant ; que sa partie cruorique ou fibrineuse y est plus ou moins diminuée, et sa partie séreuse ou albumineuse plus ou moins dominante. Pour apprécier d'une manière plus rigoureuse qu'on ne l'avait encore fait cette différence de proportion entre la partie cruorique et la partie séreuse observée dans les maladies anémiques, nous avons établi par voie de comparaison le volume et la pesanteur relative de l'une et de l'autre, et voici, à cet égard, le résultat de notre examen.

On sait que, dans l'état le plus ordinaire, le sérum est au caillot comme 5 est à 8, proportion qui varie d'ailleurs en raison d'une foule de circonstances hygiéniques et individuelles. Or, nous n'avons pas vu un seul cas d'anémie ou de chlorose dans lequel la proportion du sérum n'excédât pas les sept dixièmes de la masse totale du sang. Dans un cas même, elle en constituait à peu près les neuf dixièmes. Cette surabondance relative de la partie séreuse du sang, jointe à sa plus grande fluidité, explique assez la transparence opaline et l'état œdémateux de la peau, ainsi que le défaut de stimulation de tous les tissus organiques. Sous ce rapport, la dénomination d'hydrohémie qu'on lui a donnée nous paraît très-juste et devoir être consacrée.

La quantité absolue du sang peut d'ailleurs être assez di-

minuée pour que les tuniques vasculaires en éprouvent un véritable affaiblissement. M. de Lafond, professeur à l'école d'Alfort, a constaté par des expériences nombreuses que, dans l'hydrohémie, le sang est souvent réduit au tiers et même au quart de sa quantité normale. De là probablement le bruit de souffle que l'on observe même dans les artères des membres.

Ainsi donc, il y a évidemment altération de quantité et de qualités physiques du sang dans les maladies chlorotiques.

Nous tenions aussi à nous assurer par voie d'analyse de la proportion relative des éléments constitutifs du sang dans cette maladie, et pour cela, nous nous sommes adressé à l'obligeance et aux lumières de M. Lecanu, qui a bien voulu se charger de faire l'analyse du sang d'une jeune chlorotique atteinte depuis plusieurs jours d'un point pleurétique. En voici le résultat : on sait que, dans l'état normal, le sang offre sur mille parties :

129 parties de globules dans son maximum,
115 parties dans sa quantité moyenne,
68 dans son minimum (Lecanu).

Or, le sang de notre jeune chlorotique a donné les proportions suivantes :

	Dans une 1re analyse.	Dans une 2e analyse.
Eau.	862,40	861,97.
Albumine, matières fixes, grasses et extractives.. .	82,45	86,74.
Globules	55,15	51,29.

Ce qui ne fait guère que le tiers du maximum et moitié de la quantité moyenne pour les globules que l'on sait contenir le principe colorant rouge du sang.

Nous nous sommes bien gardé toutefois de conclure de ce résultat, ainsi que l'ont fait d'autres expérimentateurs, que la chlorose et l'anémie consistent dans la déferrugination du sang. Si nous avons démontré par cette analyse une diminution sensible de globules rouges, relativement aux autres parties constituantes du sang, nous n'avons pas établi pour cela la part que le fer prend à la coloration du sang dans l'état de santé ; car, malgré toutes les recherches des chimistes modernes, la question reste toujours indécise à cet égard. En effet, bien qu'on ait trouvé dans le sang une certaine quantité de fer (H. Roze, Fourcroy, Berzelius, Vauquelin, Lecanu, Sanson, Félix Boudet, etc.), cela ne prouve pas que ce fluide reçoive sa coloration du fer, d'autant moins que, d'après les expériences de M. Sanson et de Vauquelin, en enlevant au sang la totalité du fer qu'il contient, sa couleur n'en souffre aucune altération. (Caventou, *Bulletin de l'Acad. de méd.*)

Dans les expériences qui ont été faites pour constater l'influence du nerf pneumo-gastrique sur la respiration et la circulation, on a remarqué la *défibrination* et non la *déferrugination* du sang (Dupuis, *id.*).

Ajoutons que ce n'est pas seulement dans la décoloration du sang que consistent les maladies anémiques, mais aussi dans la diminution de quantité, de consistance, de plasticité de ce fluide. Or, si la présence du fer peut rendre le sang plus rouge, elle ne peut pour cela le rendre plus abondant, plus consistant, plus plastique. Et d'ailleurs, si la chlorose consiste seulement dans la diminution du fer comme matière colorante du sang, pourquoi ne se manifeste-t-elle pas indistinctement chez tous les individus qui se trouvent placés dans les mêmes conditions hygiéniques ?

Pourquoi est-elle si rare à la campagne, si fréquente à la ville? Pourquoi les ouvriers qui vivent dans une atmosphère toute saturée de fer, qui le respirent, l'absorbent par toutes les surfaces pulmonaires, cutanées, gastro-intestinales, sont-ils quelquefois si pâles, tandis que d'autres, qui vivent en dehors de ces influences, et qui se nourrissent presque exclusivement de végétaux, conservent tous les attributs de la vigueur et du tempérament sanguin? Il n'y a donc aucun rapport direct d'éléments chimiques entre les aliments et le sang, de même qu'il n'en existe pas plus entre les médicaments et le sang.

Indépendamment de la promptitude avec laquelle la coloration se rétablit quelquefois chez les chlorotiques qui sont en traitement (48 heures), nous tenons pour certain que le fer est rendu par la défécation dans la proportion même où il a été ingéré par les malades à qui on le prescrit comme anti-chlorotique; ce n'est donc pas dans la présence ou l'absence de ce principe qu'il faut chercher la cause de la coloration ou de la décoloration du sang.

On peut encore opposer à la théorie physico-chimique de la chlorose plusieurs remarques relatives au traitement. Si le fer était la cause naturelle de la coloration du sang, et si son absence était la cause nécessaire de l'état chlorotique, il deviendrait indispensable de traiter cette maladie avec du fer. Sans fer, il n'y aurait plus de salut pour aucun malade. Or, il n'en est point ainsi : on n'a pas toujours eu recours aux préparations martiales, et les chlorotiques qui, depuis des siècles, ont subi l'application des doctrines médicales de leur temps, n'ont pas pour cela été voués à une mort inévitable. On voit tous les jours des malades guérir sans traitement; car il est encore des personnes qui respec-

tent les pâles couleurs comme le prélude naturel de la révolution nubile; et je ne parle pas de ceux qui guérissent malgré les émissions sanguines employées contre l'aménorrhée qui accompagne ordinairement l'état chlorotique. Par conséquent, rien ne justifie la théorie chimique de la coloration du sang, non plus que celle de la chlorose considérée comme conséquence de l'absence du fer dans le sang.

Du reste, tout en reconnaissant la présence du fer dans ce fluide, soit à l'état d'oxide, soit à l'état métallique, soit à tout autre état, des chimistes avaient déjà abandonné depuis long-temps cette théorie, pour attribuer la coloration du sang à un principe organique animal. Telle fut l'opinion de Wils, de Fourcroy, de Vauquelin, de Brandt, de Berzelius, d'Engelhart et de M. Lecanu, etc. Dans notre opinion, c'était évidemment entrer dans la voie de la saine raison, dans celle du vrai. Mais voici venir un auteur allemand (Carus), dont les recherches microscopiques semblent démontrer que, dans l'état normal, la partie colorante du sang se compose de globules organiques qui se reproduisent avec d'autant plus de facilité, s'agitent avec d'autant plus d'énergie, que le sujet sur qui on les observe réunit davantage les conditions de la force et de la santé (hypérémie).

Dans les maladies chlorotiques ou anémiques, au contraire, ces globules organiques sont moins nombreux, se reproduisent plus rarement, se meuvent et s'agitent plus difficilement, jusqu'à ce que l'équilibre de la santé se rétablisse.

Quel que soit le sort de ces expériences, dont on a entretenu récemment l'Académie de médecine (M. Delens), elles ne prouvent pas que le fer soit la partie colorante du

sang, ni que l'état anémique soit la conséquence directe de la diminution de ce principe.

—Que dire maintenant des interprétations si diverses que les auteurs ont données aux faits que nous venons d'exposer pour fonder leur théorie de la chlorose?

Est-il vrai, d'abord, comme le pensent Hippocrate, Baillou, Sydenham, Cabanis, que la chlorose ait son siége spécial, son point de départ nécessaire dans l'appareil utérin, et qu'elle ne soit qu'une conséquence des désordres de la menstruation? Mais les nombreux exemples de chlorose observés chez l'homme, ou se manifestant à toutes les époques de la vie, hors le temps comme pendant la durée de la vie sexuelle, suffisent, ce nous semble, pour renverser une telle opinion.

Sans doute, les organes sexuels, qui partagent avec tous les organes de la vie intérieure l'influence nerveuse ganglionnaire, ne sont point exceptés de l'état de souffrance générale qui accompagne la chlorose, et l'on conçoit que les phénomènes de menstruation ne puissent s'accomplir quand la puissance d'action qui préside à leur exercice demeure plus ou moins frappée d'asthénie; mais rien ne justifie d'ailleurs l'opinion qui place le siége exclusif de cette maladie dans les organes génitaux, comme rien n'établit qu'elle puisse résulter de l'absence de la menstruation; car l'expérience prouve encore chaque jour que la chlorose précède bien plus souvent l'aménorrhée qu'elle ne lui succède; en sorte que s'il existe entre l'une et l'autre quelque relation de causalité, elle ne peut s'effectuer que par l'intermédiaire du système nerveux.

Dire avec Frédéric Hoffmann, Van Swieten, Boisseau, M. Andral, etc., que la chlorose consiste ou dans une altération

de composition, ou dans un défaut de qualités stimulantes, ou dans un excès de sérosité du sang, c'est encore énoncer le caractère général de la chlorose sans en exprimer la cause intime ou la nature; car les faits que nous avons signalés comme propres à attester l'influence directe de l'action nerveuse sur la circulation et la sanguification sont encore là pour prouver jusqu'à l'évidence que le sang ne tient ses propriétés physiques, chimiques et vitales que de l'exercice régulier de l'innervation ; par conséquent, la chlorose serait encore un effet plus ou moins direct des désordres de cette fonction, sans constituer par elle-même une maladie essentielle.

Des auteurs, notamment Ethmuller et Sauvages, pour avoir vu sans doute la coexistence de l'état chlorotique avec quelque affection organique, ont écrit que cette maladie a nécessairement pour cause un engorgement du foie, de la rate ou de tout autre organe de la vie nutritive ; d'autres, tels que Cullen et Gardien, l'ont rapportée spécialement à une phlegmasie chronique de l'estomac. En cela, tous n'ont fait qu'exprimer un fait bien certain, savoir, que la chlorose, quelle qu'en soit la cause intime, peut répandre ses effets dans tous les organes qui reçoivent l'influence de l'innervation ganglionnaire, et dont la lésion n'est plus ordinairement alors que secondaire.

Il est constant d'ailleurs que toute altération organique de la vie nutritive implique quelque désordre de l'innervation : car on ne voit pas pourquoi le système nerveux serait alors excepté de la lésion d'un organe à la texture duquel il participe, et à la vie duquel il préside.

Dire aussi que la chlorose a pour siége organique et pour élément primitif le système nerveux de la vie intérieure,

n'est point dire que certaines lésions matérielles des organes d'hématose, du foie, du poumon, du cœur, ne puissent altérer la composition et les qualités du sang, et donner lieu à cette maladie.

D'après les faits que nous avons relatés, nous n'avons plus à répondre à l'opinion des auteurs qui ont cru pouvoir faire servir à l'explication de leur théorie l'interprétation des causes et des symptômes de la chlorose, soit en faisant agir les unes avec une préférence marquée ou sur le sang, ou sur l'appareil sexuel, ou sur l'appareil digestif, ou sur le foie, ou sur la rate, partout, en un mot, excepté sur le principe même de l'hématose.

Quant aux faits thérapeutiques, il n'était pas difficile de les faire concorder avec les théories préconçues de leurs auteurs. Pour expliquer cette décoloration universelle des tissus qui caractérise l'état anémique des chlorotiques, on a trouvé tout simple de dire que le sang était alors dépouillé de son principe de coloration (fer), et tout naturel de le lui restituer par les premières voies. Mais nous croyons avoir suffisamment prouvé que les lois de la physiologie comme celles de la chimie ne se prêtent nullement aux intentions thérapeutiques que l'on a cru pouvoir se proposer dans cette théorie.

Nous croyons donc pouvoir conclure de tous ces faits :

1° Que les maladies décrites par les auteurs sous les dénominations de *chlorose, pallidus morbus, fœdi colores, icteritia alba, anémie, hydrohémie,* constituent une seule et même affection dont l'identité est suffisamment établie par la similitude de leurs causes, de leurs caractères anatomiques et physiologiques, ainsi que par l'analogie de leur traitement;

2° Que ces diverses formes de la même maladie, qu'il

convient d'identifier sous la seule dénomination d'anémie ou d'hydroémie, ne constituent pas, comme on l'a pensé, une affection directe et essentielle du sang, mais bien un effet d'asthénie nerveuse ayant pour résultat nécessaire une hématose imparfaite, une détérioration de la vitalité propre du sang;

3° Que l'état anémique, ainsi considéré comme étant lié à une affection primitive de l'innervation, nous rend parfaitement raison de la simultanéité des désordres qui s'opèrent dans les divers appareils sensitif, respiratoire, circulatoire, musculaire, digestif, sexuel, etc.;

4° Que le traitement de cette maladie doit être spécialement dirigé contre l'affection nerveuse d'où émanent primitivement les diverses séries de symptômes plutôt que contre les symptômes eux-mêmes.

5° Enfin, que les préparations de fer diversement combinées sont le moyen de traitement par excellence des maladies anémiques, comme elles sont le spécifique le plus certain contre les diverses sortes d'asthénies nerveuses; mais qu'au lieu d'agir directement sur le sang, elles ne modifient ses qualités physiques, chimiques et vitales que par l'intermédiaire du système nerveux ganglionnaire qui tient sous sa dépendance et les organes d'hématose et les qualités du sang lui-même.

CONSTITUTION FÉBRILE

RÉGNANTE, PENDANT L'ÉTÉ DE 1839, DANS LA COMMUNE DE SION ET ENVIRONS (LOIRE-INFÉRIEURE);

PAR M. P. CHAUVIN, D.-M.-P.

Le vieillard de Cos avait observé et consigné dans l'histoire de la médecine que la fin de l'été et le commencement de l'automne se présentaient toujours avec de nombreuses affections abdominales et des fièvres : *Æstate verò febres continuæ et ardentes, et tertianæ plurimæ, et quartanæ, et vomitus, et alvi fluxus, etc. Autumno autem et ex æstivis multa et febres quartanæ, etc.* Depuis plus de vingt siècles ces mêmes phénomènes s'observent encore tous les ans, surtout dans nos contrées occidentales; mais jamais cette constitution médicale n'avait été plus marquée que cette année. Sur trois cent deux malades que j'ai vus dans les mois de juillet, août et septembre, deux cent soixante-cinq ont présenté des symptômes d'intermittence, la colique et souvent un petit dévoiement, et trente-sept seulement ont eu des maladies étrangères à cette constitution.

Les caractères de cette fièvre ont été bien dessinés : elle s'est présentée avec toutes ses variétés et sous tous les types; mais elle a été le plus ordinairement quotidienne ou tierce : nous avons eu moins de quartes que les autres années.

Pour donner une idée complète de cette épidémie, je

crois ne pouvoir mieux commencer que par la relation de quelques cas particuliers qui la font voir toujours essentiellement la même, mais quelquefois légère, d'autres fois plus grave, et enfin parfois promptement mortelle.

Je ne m'arrêterai pas à décrire en particulier tous ces cas peu graves où la fièvre accompagnée de légères coliques, de nausées et de vomissement, quelquefois de douleur à la tête et dans les membres, a cédé, tantôt à la purgation, tantôt à la saignée, et toujours au sulfate de quinine. Les symptômes qui n'ont jamais manqué chez ces malades, sont l'intermittence et la douleur abdominale à un degré plus ou moins fort. Le frisson, la céphalalgie, les vomissements, l'enduit jaune et saburral de la langue et la diarrhée se sont souvent présentés, mais aussi ils ont souvent manqué complètement. Le traitement a été facile, les guérisons promptes; mais les rechutes ont été fréquentes.

La première observation, que je vais rapporter le plus brièvement possible, nous présente une maladie plus ressemblante avec les fièvres des années précédentes; l'innervation cérébrale a été plus affectée, et l'angoisse viscérale moins grande que dans les deux autres, qui vont nous montrer au plus haut degré ce dernier symptôme, vrai caractère de presque toutes les fièvres de cette année.

Obs. I. — Marie Degrée, âgée de soixante ans, avait été depuis plusieurs jours incommodée, et j'appris, à mon arrivée auprès d'elle, qu'il y avait eu rémittence et colique dans son indisposition. Je la trouvai sans parole et sans connaissance, presque sans mouvement; la chaleur de la peau était modérée, le pouls petit, la langue sèche, les lèvres et les gencives couvertes d'un enduit fuligineux. On la faisait boire péniblement avec une cuillère : c'était le soir à

dix heures. Le lendemain dans la matinée, elle était moins assoupie; je lui fis prendre huit grains de sulfate de quinine à neuf heures, autant à midi, et autant à trois heures du soir. Dans la journée le pouls se releva; il y eut réaction, chaleur et soif continuelle. Le lendemain tout allait bien. Elle a eu, depuis, deux petites rechutes dont le sulfate de quinine a triomphé facilement.

Obs. II. — Julien Moreau, jeune laboureur, âgé de vingt-cinq ans, jouissant d'une bonne constitution, avait depuis six jours une petite fièvre quotidienne avec un peu de colique et une petite diarrhée. Il éprouvait en même temps un grand mal de tête et beaucoup de pesanteur dans les membres. Je lui conseillai une saignée. Il venait de manger, et il avait un petit travail très-pressé qu'il désirait faire auparavant; nous convînmes qu'il viendrait me trouver à midi. Mais la fièvre le reprit presqu'aussitôt; on vint me dire qu'il était beaucoup plus mal : je le trouvai couché sur le dos, se plaignant et s'agitant sans cesse; il éprouvait un endolorissement général, mais surtout dans la région abdominale. La sensibilité de cette partie était la même à peu près partout; le ventre était un peu tendu et sonore. Il éprouvait souvent le besoin d'uriner et d'aller à la selle; mais la plupart du temps il ne pouvait rien rendre. Je pratiquai une saignée que je fus obligé d'arrêter plus tôt que je n'aurais voulu, parce que le malade ne pouvait rester plus long-temps dans la même position, et qu'il était tourmenté par un pressant besoin d'aller à la selle. Je donnai la tisane de gomme et une potion calmante. Vers minuit je revis ce malade : il était dans un état de malaise inexprimable; une sueur froide lui couvrait tout le corps, les extrémités et le visage étaient froids comme un cadavre; le pouls était à

peine sensible ; la douleur et l'agitation étaient grandes, mais le malade ne pouvait en rendre compte, son intelligence s'égarait de temps en temps ; la respiration n'était pas bien gênée ; le ventre était dans le même état que précédemment. Je fis placer un vase plein d'eau chaude sous la plante des pieds, et deux sinapismes sur la face dorsale de la même partie, et je fis prendre à l'intérieur une potion éthérée. Peu de temps après, les pieds devinrent chauds et les jambes restaient froides, aussi bien que les bras et les mains. La chaleur des pieds n'était qu'une chaleur physique empruntée; la chaleur vitale ne se développait pas encore. Ce ne fut que vers le matin que l'organisme triompha de cette oppression ; il y eut une réaction fébrile complète. Sans attendre la fin de l'accès, je fis prendre au malade vingt-quatre grains de sulfate de quinine en trois doses. Vers le soir, il y avait encore une *bonne* fièvre avec une sueur chaude, la langue sèche et une soif continuelle, mais beaucoup moins de douleur. Le lendemain, il n'y avait plus de fièvre, la langue était belle ; le malade dormait et avait déjà recouvré un peu d'appétit. Il y a eu, depuis, une légère rechute de fièvre tierce.

Obs. III. — La jeune personne qui fait le sujet de cette troisième observation a succombé si promptement, qu'il ne serait pas possible de ranger sa maladie parmi les fièvres intermittentes, si je n'avais pas été frappé de l'identité de ses symptômes avec ceux des autres que j'avais vus auparavant et que j'ai vus encore depuis. Les mêmes symptômes ayant eu lieu, mais à un degré plus intense, comme on va le voir, on doit croire à la même influence épidémique. Si le phénomène de l'intermittence n'a pas eu lieu, c'est parce qu'il n'a pas eu le temps de se manifester.

Mademoiselle Félicité D...., âgée de vingt-trois ans, avait eu, dans son enfance et souvent depuis, des fièvres périodiques ; c'était sa maladie la plus ordinaire. Elle éprouvait, en outre, depuis quelque temps, un malaise indéfinissable vers la région précordiale et épigastrique dont elle n'avait pas voulu se plaindre, parce qu'elle ne savait comment rendre compte de son mal. Le mercredi, 21 août, elle se rendit à Chateaubriand pour affaire ; elle fut indisposée toute la journée, et le soir en rentrant elle fut tout-à-coup prise d'une douleur oppressive et accablante, se portant alternativement et quelquefois même simultanément dans divers points de la poitrine et du ventre; elle passa la nuit dans une grande agitation avec quelques instants de délire. Je la vis le matin vers sept heures ; je la trouvai se plaignant sans cesse, elle dont j'avais admiré la patience extraordinaire dans d'autres maladies douloureuses. Une espèce de tiraillement insupportable sans élancements lui formait comme une *barre* ou une ceinture, depuis la région du cœur vers le côté droit de la poitrine, et quelquefois même jusqu'à l'épaule droite. Le pouls était petit, serré et fréquent ; les pulsations du cœur étaient imperceptibles à travers les parois de la poitrine. Cette douleur était si accablante, qu'elle obligeait la malade à se plaindre et à s'agiter continuellement ; mais elle ne paraissait pas gêner les mouvements respiratoires.

Un endolorissement régnait dans toute la région abdominale, et la pression qui ne gênait pas sur la poitrine était insupportable dans cette partie. La malade avait fréquemment envie d'aller à la selle et d'uriner, de même que le précédent ; elle se plaignait même beaucoup plus de ce dernier inconvénient, mais elle n'évacuait rien la plupart du temps. Le ventre était un peu gros, sans être bien dur ; la

vessie paraissait également pleine, mais sans être distendue comme dans les rétentions d'urine complètes. La sonoréité du ventre et sa tuméfaction inégale prouvaient que les intestins se laissaient distendre par des gaz. Un lavement donné pendant la nuit, pour soulager cette colique, n'avait point été rendu. Une petite évacuation d'urine et de gaz avait mis le trop plein dehors, mais sans soulagement. La soif était continuelle et l'estomac se laissait remplir par les liquides ingérés, comme une poche inerte. La malade vomit en ma présence un mélange d'une partie de ce qu'elle avait pris pendant la nuit, sans aucune altération. La langue était dans son état naturel ; le facies n'était point altéré.

A côté de cette inertie de tous les organes de la vie nutritive, de cette espèce de paralysie viscérale, le système nerveux cérébro-spinal paraissait peu affecté. Si les mouvements étaient gênés, c'était à cause de la douleur que les déplacements faisaient éprouver aux parties malades.

Attribuant la petitesse du pouls à l'oppression produite par l'excès de la douleur, et connaissant d'ailleurs d'autres antécédents qui indiquaient la saignée, je lui en fis une d'environ douze onces, mais le pouls ne se releva point après cette saignée. Je donnai une potion calmante avec un grain d'hydrochlorate de morphine, qui ne produisit qu'un soulagement douteux. Cette malade et le précédent sont les seuls chez lesquels j'aie vu cette potion ne produire aucun effet ou à peu près. On donna à boire de l'eau panée, une tisane avec riz et gomme, deux lavements d'une décoction de graine de lin, et des fomentations émollientes sur le bas-ventre. Je soupçonnai déjà que la maladie à laquelle j'avais affaire était une affection fébrile, et je m'attendis à la voir se prononcer mieux vers le soir.

Je me rendis de nouveau vers six heures et demie du soir auprès de ma malade, qui m'inquiétait beaucoup ; elle avait un peu uriné ; elle avait rendu une partie de ses lavements, mais seulement le *trop plein* comme précédemment ; elle avait joui d'environ deux heures de soulagement pendant l'après-midi, et elle avait un peu dormi. Serait-ce une petite rémittence? Je suis porté à le croire; mais au moment où je la voyais son état était pire ; quoiqu'elle souffrît moins de la poitrine, le ventre était dans le même état ; les extrémités étaient froides, tandis que le tronc était encore brûlant ; elle délirait par instant, quand on ne fixait pas son attention. Je voulus tenter encore une petite saignée exploratrice, mais il ne vint que trois ou quatre gouttes de sang ; je vis avec effroi qu'il n'y avait plus de pouls, plus de circulation dans les bras. Cependant ces membres, que la mort envahissait de proche en proche, conservaient encore leur force ; elle se soulevait sur ses coudes et tendait son bras. En même temps le visage pâlissait et la sueur froide paraissait sur les membres ; je crus qu'il n'y avait rien à faire ; on lui fit boire une infusion très-chaude de tilleul, on mit des sinapismes ; mais la nature était vaincue, elle s'éteignit insensiblement et sans agonie au bout de 24 heures de maladie.

Réfléchissant ensuite sur le fâcheux événement dont je venais d'être témoin impuissant, je me convainquis de plus en plus que j'avais eu affaire à un cas extrême de la maladie régnante. Une réaction complète n'ayant pu avoir lieu à cause de la violence du mal, il ne put pas y avoir d'intermittence. Mais cette ressemblance des symptômes rend cette assertion incontestable. La douleur épigastrique et précordiale, la colique, la difficulté d'uriner, le besoin fréquent et inefficace d'aller à la selle, cette douleur oppressive et vague qui les

mettait dans une agitation continuelle, la petitesse et la concentration du pouls et des pulsations du cœur, tous ces symptômes se rencontraient chez les trois-quarts des malades à un degré plus ou moins fort.

Le siége organique de cette maladie me paraît on ne peut mieux démontré ; ce n'est ni une gastrite, ni une entérite, ni une cystite, ni une splénite, ni une péritonite, ni une hépatite. Le trouble qu'éprouvent tous ces organes simultanément ne peut provenir évidemment que d'une affection profonde de l'innervation ganglionnaire ; cette espèce d'inertie dans laquelle ils sont plongés quand la fièvre est grave prouve qu'ils manquent de cet influx nerveux nécessaire à leur action. Les filets du grand sympathique et leurs ganglions sont-ils devenus moins bons conducteurs du fluide nerveux, par suite d'une altération humorale, de même que le fluide galvanique agit moins bien dans la pile de Volta lorsque le liquide interposé n'est pas acidulé convenablement ? Ou bien une des parties solides de ce grand ensemble est-elle obstruée, affectée d'une manière quelconque? Ce qu'il y a de certain, c'est que les fonctions de ce système sont spécialement troublées, de manière qu'il en résulte une espèce d'inertie. Les produits des sécrétions ne sont pas expulsés des viscères membraneux. Le sang regorge dans les viscères parenchymateux, surtout dans la rate. Le foie et les poumons n'en sont pas exempts. La contractilité des vaisseaux extérieurs, augmentée par le froid et fortifiée de plus par la pression musculaire, refoule ce liquide à l'intérieur, où il s'accumule, si la réaction est impuissante. Aussi la jeune personne qui fait le sujet de ma troisième observation, et dans les membres de laquelle nous avons vu qu'il n'y avait plus de sang quelques instants avant la mort, en rendit-elle

une quantité considérable par la bouche quelque temps après. De quelque endroit que vînt ce sang, il faut nécessairement qu'il se fût accumulé dans un des viscères pendant les dernières heures de la vie. Il est bien à regretter pour la science que la pratique des autopsies ne soit pas encore possible dans nos campagnes.

Cette espèce de paralysie du système nerveux ganglionnaire explique assez bien les engorgements viscéraux si communs dans les fièvres, ce défaut de chaleur intérieure chez les fébricitants. Pendant la période algide, c'est un flux de l'extérieur à l'intérieur; et pendant la période de chaud, c'est le reflux du dedans au dehors. La vie paraît abandonner toutes les extrémités pour se concentrer là où le besoin s'en fait sentir particulièrement; et cette fluxion vitale par son excès même nécessite un reflux vers la périphérie. Une grande fatigue résulte ensuite de ce travail; mais l'impulsion est donnée, l'organisme se repose jusqu'à ce que les mêmes centres nerveux, retombés dans la même atonie par l'effet de la même cause que précédemment, ont besoin d'un nouvel effort pour se remonter au ton convenable. Ce qu'il y a de sûr dans les explications que je hasarde, c'est qu'il s'établit par l'effet d'une cause quelconque une stase ou un embarras dans les fonctions nerveuses, et que la réaction fébrile surmonte cet obstacle par la force de l'impulsion organique, et sans toutefois en détruire la cause. En effet, quand cette réaction triomphe, l'accès se passe; et quand elle ne peut s'opérer, la nature succombe, comme on le voit dans toutes les fièvres intermittentes pernicieuses au dernier accès. Après l'obstacle vaincu, la même cause persistant toujours, une nouvelle réaction redevient nécessaire; et comme toutes nos grandes fonctions sont périodiques, ré-

glées sur les révolutions diurnes, la fièvre se trouve influencée par ce genre de périodicité ; on croirait quelquefois que l'habitude en a fait, pour ainsi dire, une fonction naturelle. J'ai vu un malade qui l'a eue pendant sept ans, et j'en connais un autre qui l'a encore actuellement depuis seize ans. On la lui coupe aussi souvent que l'on veut, mais pour huit ou quinze jours seulement.

Mais quelle est cette cause ? Est-ce une atonie ? Est-ce une obstruction ? Est-ce une altération humorale, comme nous avons dit plus haut ? Le quinquina et tous les fébrifuges, qui sont essentiellement amers et toniques, agissent-ils en donnant une forte tonicité aux fibres nerveuses, sur lesquelles ils opèrent une certaine vibration ou frissonnement, comme on le voit quand ils sont en contact avec l'organe du goût ? ou plutôt réparent-ils par une opération chimico-vitale la composition altérée des humeurs intérieures, et les rendent-ils plus propres au développement et à la circulation du fluide nerveux ? J'ai vu le savant professeur Récamier goûter la transpiration de ses malades, et affirmer qu'on ne pouvait compter sur la guérison d'une fièvre qu'autant que la sueur du malade avait retrouvé le degré d'acidité ou d'alcalinité qu'elle avait avant la maladie : cette supposition, qui était appuyée de quelques faits, n'est pas sans vraisemblance.

Quoi qu'il en soit, je reste convaincu que tous les symptômes, bilieux ou sanguins, les fluxions locales et autres accidents qui se voient très-souvent dans les fièvres intermittentes, ne sont que des phénomènes secondaires, qui ne sont pas la cause primitive du mal ; ils méritent d'être traités directement lorsqu'ils paraissent à un degré assez intense pour aggraver la maladie principale ; mais celle-ci doit toujours être la première dans les attentions du médecin. L'épidémie

dont je viens d'être témoin expose cette vérité dans tout son jour; car, en présentant des symptômes très-variés et se laissant influencer heureusement par beaucoup de médications, une seule cependant lui a été d'une efficacité générale : c'est le sulfate de quinine, quand on a eu le temps de l'administrer.

QUELQUES RÉFLEXIONS

SUR

LES BONS EFFETS DE L'HYGIÈNE DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES;

Suivies

DE DEUX OBSERVATIONS QUI CONSTATENT SON INFLUENCE SALUTAIRE;

PAR M. RONZEL PÈRE,
Docteur-Médecin à St-Etienne-aux-Claux (Corrèze).

L'hygiène est proprement l'art de conserver la santé; ses moyens sont tous les agents de la nature qui exercent quelque influence sur l'homme. L'air, les aliments et les boissons sont, sans contredit, les principaux; l'air surtout est celui qui agit de la manière la plus générale et la plus efficace, celui au milieu duquel vivent tous les êtres qui sont sur la terre, celui qui exerce sur eux la plus grande influence, et celui qui, en quelque façon, paralyse toutes les fonctions quand il est vicié et privé des principes vivifiants qui le constituent.

Ses effets sont si puissants dans le traitement de la plupart des maladies que, sans son secours, les indications les plus positives, la thérapeutique la plus judicieuse et les traitements les plus réguliers échouent dans le plus grand nombre de cas.

Mille fois j'ai vu de malheureux malades, accablés de maux divers, gémir et croupir des années dans des habitations basses, avec peu ou point d'ouvertures; ombragées par de mauvais arbres qui les dérobent aux rayons du soleil; entourées de mares ou d'eaux stagnantes, troubles, épaisses, couvertes de limon ; enfoncées dans des terrains aquatiques; devant lesquelles on entasse des terreaux, des fumiers, des immondices de tout genre qui répandent des odeurs infectes; dominées par des terres qui reçoivent les égouts des toits et des rues boueuses du voisinage, égouts qui pénètrent dans l'intérieur des maisons, en rendent le sol constamment humide et l'habitation tout-à-fait malsaine. De là les rhumatismes chroniques, le gonflement des articulations, les engorgements lymphatiques, les rhumes, les catarrhes, les langueurs, la ruine des tempéraments et toutes sortes d'infirmités.

Mille fois j'ai vu dans ces mauvaises habitations, très-communes à la campagne, de pauvres femmes avec leurs enfants végéter tristement bien des années et quelquefois toute leur vie sans trouver de soulagement à leur triste situation, parce que les *circumfusa*, qui les accablent, sont toujours les mêmes, et ce mauvais air leur est d'autant plus pernicieux que leurs infirmités ou leur état valétudinaire les rendent plus sédentaires et les privent de l'élément qui seul pourrait leur rendre la vie.

Lorsque la belle saison arrive, toutes ces victimes de leurs

mauvaises habitations vont respirer l'élément bienfaisant dans le cœur de la journée; elles s'épanouissent aux rayons du soleil comme la fleur qui a été fanée par les fraîcheurs de la nuit. Leurs infirmités diminuent durant l'été, et la plupart se croient guéries; mais dans l'automne, et toujours avant l'entrée de l'hiver, elles renoncent à l'élément réparateur, rentrent dans leur gîte pour ne plus en sortir, et pour être en proie de nouveau aux mêmes indispositions.

Ici les *applicata* viennent joindre leur mauvaise influence à l'air méphitique qu'on respire dans ces habitations. Mauvais vêtements, les mêmes qu'en été chez le paysan, et toujours insuffisants pour résister au froid de l'hiver; ensuite étant peu ou rarement renouvelés, ils se chargent des mauvaises émanations qui s'exhalent des corps malades, et ne contribuent pas peu à entretenir la mauvaise santé.

Les *ingesta* viennent encore ajouter aux causes débilitantes qui accablent les valétudinaires. Leur nourriture se compose d'un peu de soupe au beurre, de pain grossier, de pain bis, de pommes de terre, de sarrazin, le tout grossièrement préparé, et, chose étrange, les malades ont toujours un goût particulier pour ces aliments, lors même qu'ils peuvent s'en procurer d'autres; de là, les mauvaises digestions, mauvais chyle, mauvais sang, les gonflements du ventre, les diarrhées colliquatives qui épuisent les malades, que l'on trouve souvent baignés de sueurs infectes, ayant les pieds, les mains, le visage couverts de crasse.

La boisson du malheureux valétudinaire, presque toujours altéré, n'est pas moins pernicieuse : c'est de l'eau pure, et quelle eau! de l'eau de puits pour l'ordinaire, puits placés le plus souvent à côté des viviers, des fumiers, des ma-

res, dont les égouts se mêlent avec leurs eaux et les rendent pour ainsi dire impotables.

Ses lits ne sont pas meilleurs que ses vêtements : ils sont le plus souvent composés de feuilles, de balles d'avoine réduites en poussière ou en pelotons, rarement renouvelées; appuyés contre des murs froids, humides ou mouillés par les égouts des toits.

Heureuses les personnes qui quittent ces lieux pernicieux pour aller habiter des maisons plus avantageusement situées : leur santé se rétablit bien vite, sans autres secours, le plus souvent, que les heureux effets de l'hygiène ou les avantages de la localité. Mille fois j'ai été témoin de ces heureux effets, lorsque j'ai pu provoquer le déplacement des malades par mes conseils, ou faire éloigner des maisons les terreaux, les fumiers, ou faire disparaître de devant les maisons les eaux stagnantes par des écoulements convenables, des conduits, des aqueducs; lorsque j'ai pu faire enlever le terrain qui domine les maisons ou faire pratiquer tout autour de vastes et de profonds fossés; lorsque j'ai pu faire couper ou élaguer les arbres qui dérobent les maisons aux rayons du soleil; lorsqu'enfin j'ai eu assez d'influence sur les chefs de famille pour faire faire des ouvertures plus grandes et plus nombreuses. Mais qu'il est difficile de faire renoncer le cultivateur, l'artisan, à ses mauvaises habitudes! qu'il est difficile de le décider à faire un petit sacrifice pour opérer ces utiles améliorations ! Il prétexte toujours qu'il se porte bien, que son père et ses ancêtres sont devenus vieux dans sa maison, et que la santé de sa femme ou de ses enfants n'est pas altérée par les défauts de son habitation.

Il est bien vrai que le cultivateur et ses domestiques peuvent jouir d'une bonne santé dans ces maisons mal saines

mais ils ne les habitent que momentanément pour prendre leurs repas et coucher seulement ; encore la plupart couchent dans leurs étables; et puis les *gesta* viennent neutraliser pour eux toutes les influences pernicieuses de la localité. Ils font toute l'année un exercice qui fortifie leurs tempéraments ; ils le font au-dehors, dans leurs granges en hiver, et dans les champs durant toute la belle saison ; là, ils respirent l'air naturel et vivifiant de la campagne ; là, ils boivent de l'eau vive, de l'eau de source presque aussi salutaire que l'air qu'ils respirent ; là, à l'abri des ennuis domestiques, ils se livrent sans réserve au travail qu'ils égayent par des frédonnements rustiques ; travail qui facilite toutes les fonctions de l'économie, et particulièrement la digestion et la transpiration, qui contribuent tant à entretenir leur santé. C'est cet exercice, ce même travail, qui facilite pareillement toutes les excrétions dont le séjour produit tant de maladies diverses chez les personnes sédentaires et malades : c'est là où se trouvent véritablement réunis tous les avantages des *circumfusa*, des *gesta*, des *excreta* et même des *applicata*, puisque les vêtements, souvent baignés de sueurs, sont renouvelés fréquemment et soumis commodément au lavage.

Si le cultivateur est sujet à éprouver quelques maladies, celles-ci sont presque toujours l'effet de ses imprudences, de l'excès de travail, de la pluie, des boissons froides prises en trop grande quantité le corps étant chaud, de quelques tours de force ou de parties d'ivrognerie; mais les maladies intercurrentes, le plus souvent aiguës, ne proviennent presque jamais de son habitation, et guérissent ordinairement par la continuation du travail, lorsqu'elles sont légères, et ne tiennent qu'à des transpirations momentanément dérangées.

Ces maladies locales sont de véritables endémies qui ne tiennent quelquefois pas à l'exposition des lieux, mais bien à l'emplacement des maisons dans des endroits enfoncés, à leur mauvaise construction, aux marcs, aux fumiers et aux eaux stagnantes qui les entourent. C'est ainsi que, dans les villes, les rues basses, étroites, profondes, peu aérées ou malpropres, donnent naissance à des endémies semblables à celles dont nous parlons. C'est dans ces rues que les maladies régnantes font le plus de ravages; c'est là que débutent les fièvres graves, le typhus, la dysenterie, le choléra, qui font tant de mal et résistent le plus souvent à tous les moyens de la thérapeutique la mieux entendue, parce qu'il est difficile de procurer aux malades un air salutaire et de les faire jouir des avantages de l'hygiène.

Tous les peuples et tous les gouvernements ont cultivé avec soin cette partie des sciences médicales; tous ont reconnu ses avantages, et tous ont fait des réglements conformes aux besoins des localités. Les moyens de l'hygiène sont plus puissants, dans un grand nombre de cas, que tous ceux que nous fournit la thérapeutique; souvent ils suffisent seuls pour opérer des guérisons miraculeuses, tandis que les médications les plus méthodiques et les mieux indiquées échouent le plus souvent sans leur secours. Sur mille exemples, je vais en citer deux des plus concluants.

Obs. I. — Jeanne Menpoutel, âgée de trente-quatre ans, bien constituée et jouissant d'une parfaite santé, était née de parents sains, dans une campagne, à peu de distance de la ville d'Ussel. Son frère, membre distingué du tribunal de cette ville, que je vois familièrement, n'a jamais éprouvé de maladie humorale; son père a vécu jusqu'à un âge avancé, et sa mère, déjà septuagénaire, vit encore sans infirmités.

Jeanne Menpoutel se maria à l'âge de vingt-huit ans, et vint habiter la maison de son mari, au village de Montelboulioux, commune de la Roche. Ce village est heureusement situé sur une pente douce et rocailleuse. La maison de François M...., époux de la malade, est placée au nord et la plus élevée de l'endroit. La première pièce, au rez-de-chaussée, est sur le roc avec deux ouvertures assez grandes; le feu y est continuellement allumé, et cette pièce est fort saine.

La seconde est au nord, également au rez-de-chaussée, très-étroite, profonde et n'ayant qu'une très-petite ouverture au sud-est : cette pièce enfoncée est dominée de toutes parts, excepté du côté de la cuisine, par un terrain qui s'élève à la hauteur de plus d'un mètre; les murs qui servent d'appui à ce terrain sont toujours humides, même durant l'été, le contour du bâtiment se trouvant ombragé par des arbres touffus qui le dérobent aux rayons du soleil.

Au fond de cette pièce se trouve un lit de plume bien conditionné, entouré de rideaux et garni d'un matelas de plume, etc.; on pourrait quasi le comparer à celui du prélat dont parle Boileau :

Dans le réduit obscur d'une alcove enfoncée
S'élève un lit de plume à grands frais amassée.

C'est là que l'on plaça la mariée, à son arrivée dans la maison de François M..... On crut la traiter bien favorablement en lui donnant ce petit appartement; elle y mit son mobilier et en fit sa principale habitation : elle y coucha constamment. Étrangère dans la maison, n'ayant guère d'autre compagnie que celle de sa belle-mère, son mari se trouvant presque toujours aux champs, elle passait les en-

nuis des premiers mois dans cette pièce, où elle restait presque les jours entiers.

Sa santé ne tarda pas à se déranger; ses belles couleurs commencèrent à se flétrir; néanmoins étant toujours menstruée, elle devint enceinte. Le trouble porté dans l'organisme par la grossesse augmenta l'ennui, ce qui la rendit plus sédentaire. Bientôt elle ne quitta plus le lieu de sa solitude, craignant d'aggraver son état en s'exposant au grand air. L'appétit, le sommeil, les forces diminuèrent peu à peu; ses lassitudes, toujours croissantes, augmentèrent l'ennui; il se forma, sous la mâchoire, des engorgements lymphatiques qui abcédèrent.

Un jeune praticien des environs donna ses soins à la malade durant quatre mois; il employa tous les moyens que put lui suggérer son génie; mais en vain; il ne pensa jamais à faire cesser la cause qui produisait tous les accidents.

Appelé le 13 juin 1831 pour voir Jeanne Menpoutel, je la trouvai dans l'état suivant : figure pâle, flétrie, triste; paresse, flaccidité des membres; la peau couverte d'un enduit crasseux. Ayant enlevé les compresses qui couvraient la mâchoire, je vis grand nombre d'ulcères superficiels irréguliers, s'étendant de l'angle de la mâchoire d'un côté jusqu'à l'autre, tous en pleine suppuration et répandant une odeur désagréable. Entourés d'un cercle vineux, ces ulcères étaient peu douloureux. Les engorgements glanduleux avaient presque entièrement disparu. Toutes ces apparences figuraient très-bien une maladie scrofuleuse; mais ayant questionné la malade sur tous ses antécédents, elle me répondit qu'elle n'avait jamais rien éprouvé qui eût quelque ressemblance avec sa maladie; je connaissais parfaitement sa fa-

mille, et je l'avais elle-même vue plusieurs fois bien portante.

Je ne fus pas embarrassé pour découvrir la cause de tous ces accidents. En entrant dans la chambre de Jeanne Menpoutel, j'avais été frappé d'une odeur désagréable que je ne peux bien définir, odeur comme de quelque chose de moisi, ressemblant un peu à celle des salles de certains hôpitaux où l'air est peu renouvelé. En effet, la malade avait soin de faire tenir fermées sa petite fenêtre et sa porte.

Ayant porté mes regards de tous côtés dans l'intérieur de ce petit appartement, je vis tous les murs, excepté celui du couchant, mouillés et couverts de couches verdâtres; ce qui exhalait, sans doute, l'odeur de moisi qui m'avait tant impressionné. La malade était au fond de ce réduit, plus obscur et plus humide que le reste, alitée depuis quatre mois, vivant dans cette atmosphère méphitique où son état s'aggravait de jour en jour. Je pus me convaincre aussi, en sortant au dehors, que l'habitation de Jeanne Menpoutel était dominée de trois côtés par un terrain ombragé d'arbres touffus, ce qui entretenait certainement l'humidité des murs.

Je dus, dès-lors, attribuer toute la maladie et ses conséquences à l'air vicié de l'appartement qu'habitait la malade, et je lui dis, avec le ton de l'affirmation, que toute sa maladie venait de là; qu'il fallait quitter sa chambre et respirer un meilleur air, assurant que dans peu elle serait rétablie. En effet, je la fis sortir à l'instant de cette pièce et la plaçai dans la cuisine et dans un lit très-sec à côté de la cheminée et en face d'une assez grande croisée. Je l'encourageai à sortir de ce lit plusieurs heures de la journée, à se promener dans la maison le plus qu'elle pourrait, et

même au dehors, en plein midi, lorsque le temps serait favorable. Je fis couvrir les ulcères d'un onguent détersif, renouvelé chaque jour, et prescrivis un régime tonique et analeptique.

Grandement ennuyée d'avoir langui si long-temps et voulant guérir, la malade exécuta ponctuellement toutes mes prescriptions.

L'ayant vue une seconde fois, le 21 juin suivant, je la trouvai, non dans la maison, mais dans le jardin, toute rayonnante de gaîté et n'ayant rien de plus empressé que de me dire qu'elle était presque guérie. Le visage était satisfaisant; l'appétit, le sommeil, les forces étaient déjà revenus; les ulcères se cicatrisaient à vue d'œil, et la santé fut parfaite au bout de trois semaines. J'ai vu Jeanne Menpoutel, le 2 juin dernier, et me suis convaincu qu'elle n'avait eu aucune rechute.

Obs. II. — M. de la S...., jeune homme d'une bonne constitution, né dans un château situé sur un rocher, de parents très-sains, dont quelques-uns vivent encore et sont parvenus à un âge avancé, jouissait de la plus parfaite santé, lorsqu'il s'est marié, après les grands orages de la révolution française, avec une demoiselle de condition, fort aimable, qui a fait son bonheur jusqu'à la fin de ses jours.

Peu de temps après son mariage, il se retira dans la maison de sa femme, où il jouissait d'ailleurs d'une bonne société et de tous les plaisirs que l'on peut goûter à la campagne.

Cette habitation est un vieux château placé dans un fond entouré d'eaux stagnantes, de mares et de viviers couverts d'une couche verdâtre, ne se renouvelant jamais et répandant une odeur marécageuse fort désagréable.

M. de la S... passa là plusieurs années sans éprouver les mauvaises influences de la localité. Il faisait dans ce laps de temps beaucoup d'exercice, de fréquents voyages à Clermont, dans son pays; à Giat, commune de son habitation ; il allait souvent à la chasse, et sa grande dextérité dans cet exercice alimentait son goût et ses plaisirs. Tant que ces exercices purent durer, M. de la S.... jouit d'une assez bonne santé et n'éprouva d'autres maladies que quelques pneumonies bilieuses, des fièvres intermittentes et des douleurs rhumatismales, suite nécessaire de ses longues courses à la chasse, fort souvent dans des temps froids ou pluvieux.

Douze à quinze ans se passèrent ainsi ; mais devenu plus sédentaire et livré à des occupations qui le tenaient à la maison, détourné de la chasse par ses nouvelles occupations et son âge qui n'était plus celui de la jeunesse, M. de la Salle renonça à ses exercices ordinaires ; il y devint même bientôt indifférent, et s'habitua peu à peu à ne guère plus quitter la maison ; mais bientôt ses facultés physiques commencèrent à s'affaiblir. Dès-lors, peu d'appétit, dégoût pour les voyages, morosité, ennui, air de tristesse ; peu à peu il se forme des engorgements lymphatiques sous la mâchoire, aux aines, sous les aisselles ; la morosité augmente, toutes les fonctions de l'économie se débilitent.

Appelé dans ces intervalles, je vis le malade assez souvent. Je prescrivis l'usage des toniques. Les sirops antiscorbutique et de quinquina furent administrés alternativement une partie de l'hiver et du printemps. La tisane de grand cresson, un bon régime, du bon vin et les soins assidus de madame de la S.... furent mis à contribution ; mais tous ces moyens, bien exactement employés, ne produisirent pas de

grands effets. Monsieur de la S.... était toujours valétudinaire et ne quittait guère la maison.

Bien convaincu de la mauvaise influence de la localité sur la constitution du malade, je le déterminai à faire un voyage à Néris, tant pour y prendre quelques bains que pour y respirer un meilleur air et jouir des agréments d'une société variée.

Monsieur de la S.... partit pour Néris les premiers jours de juillet; il n'y était pas encore arrivé que ses forces et son appétit furent sensiblement augmentés. Il y passa trois semaines, prit des bains de baignoire, se promena beaucoup et s'égaya de même; il en partit joyeux et content, se croyant délivré de sa longue maladie. Il rentra dans son habitation pernicieuse, et, craignant une rechute, il fit par mes conseils grand nombre de petits voyages et quelques parties de chasse; il s'éloigna du château chaque jour quand le temps était favorable, et continua ses petits exercices le restant de l'été et tout l'automne. Sa santé se soutint jusqu'alors; mais renfermé dans sa même habitation, à l'entrée de l'hiver, il vit bientôt reparaître ses engorgements lymphatiques avec toutes leurs conséquences.

Le traitement de l'année précédente fut recommencé et suivi avec assez d'exactitude. On frictionna les tumeurs lymphatiques avec la pommade d'hydriodate de potasse; on les couvrit, après chaque friction, avec l'emplâtre de ciguë. Cette fois ils vinrent à suppuration, donnant une matière épaisse, gluante et de mauvaise odeur. Monsieur de la S.... était bien fatigué et pour ainsi dire dégoûté de la vie; je ranimai son courage, lui promettant d'un second voyage à Néris le succès qu'il en avait obtenu la première fois. Il le fit, en effet, durant la belle saison, et en revint plein de con-

tentement et de satisfaction. L'été et l'automne se passèrent également bien, en suivant les mêmes préceptes qui lui avaient été indiqués; mais on vit reparaître les mêmes accidents à l'approche de l'hiver. Les ulcères, bien cicatrisés, se rouvrirent et suppurèrent en abondance tout l'hiver et le printemps.

Encore à cette époque je ranimai les espérances du malade et lui proposai un troisième voyage à Néris. Cette fois la compagnie d'un de ses parents le décida à aller au Mont-d'Or. Il était d'ailleurs beaucoup plus près de ces eaux, et il s'y rendit pour ainsi dire malgré moi. A peine avait-il quitté son habitation depuis deux ou trois jours, qu'il se trouva beaucoup mieux. Il passa dix-huit ou vingt jours au Mont-d'Or, où il ne fit que peu de remèdes; mais il s'y amusa journellement, fit de petits voyages sur les montagnes, et revint de ce voyage aussi satisfait que de ceux qu'il avait faits à Néris.

L'été et l'automne se passèrent encore assez bien; mais les bienfaits de ce voyage furent bientôt anéantis, lorsqu'à l'approche des frimats monsieur de la Salle fut obligé de se cloîtrer dans son château qu'il ne voulut jamais quitter.

C'est pendant ce dernier hiver que les accidents reprirent une nouvelle intensité. Les ulcères, presque tous cicatrisés durant la belle saison, se rouvrirent pour la dernière fois. Il se forma de nouveaux engorgements lymphatiques, des dépôts froids au cou et sur la poitrine; ces accidents entraînèrent bientôt des sueurs colliquatives, la fièvre lente, enfin le marasme et la mort au premier printemps.

On voit, dans cette observation, les heureux effets d'un air propice et l'influence pernicieuse d'un endroit malsain sur la constitution d'un homme bien portant et même robuste; mais s'il pouvait s'élever le moindre doute sur cette mauvaise influence, j'ajouterais que l'épouse de monsieur de

la S.... fils, jeune, fraîche et vigoureuse, sortie de Montluçon et appartenant à des parents bien portants, est devenue valétudinaire, dès la première année de son habitation au château de Feidet. Elle y a été en proie à des affections graves et diverses; je sais qu'elle a fait le voyage de Paris pour se faire traiter par les grands médecins de la capitale; je sais aussi qu'elle en est revenue avec du soulagement, et que, rentrée au château de Feidet, elle y végète de la manière la plus triste, ne prenant pour tout aliment que de petites doses de lait répétées fréquemment pendant le jour. Dans la seule visite que je lui ai rendue, j'ai pu me convaincre qu'elle porte une gibbosité antérieure aux vertèbres dorsales; que sa maladie tient aux mêmes causes qui ont déterminé celle de son beau-père, et j'ai l'assurance qu'elle fera triste fin, comme lui, à Feidet.

CONSIDÉRATIONS

SUR L'INFLAMMATION ET SUR LE TRAITEMENT DE L'EMPOISONNEMENT PAR LES PRÉPARATIONS ARSÉNICALES;

PAR M. RICHE,
Docteur-Médecin à Obernay.

Tout organe mis en contact avec une substance non assimilable et nuisible réagit pour la repousser. Si la substance est déposée dans un organe creux, contractile, les contractions de cet organe tendront à l'expulser. Dans le cas contraire, il y aura, au point de contact, convergence de forces vitales, accumulation de fluides, augmentation de calorique, enfin tous les phénomènes propres à l'irritation.

Tous les efforts de la vie tendent à l'élimination de la

substance nuisible, et, si cela ne se peut, à l'isolement de cette substance au moyen d'une enveloppe organique. Cette enveloppe est toujours un produit de réaction liquide ou solide. Liquide, elle tend à s'ouvrir un passage au dehors; solide, elle constitue un moyen imperméable.

L'irritation, l'inflammation, la suppuration, la gangrène, l'induration, avec tous les phénomènes qui les accompagnent, ne sont que des modifications opérées par la réaction vitale dans la trame organique, pour en expulser ou pour isoler des substances devenues nuisibles à son entretien.

Ces réactions vitales partant de tout l'organisme et n'étant pas toujours en rapport avec la force de résistance des organes sur lesquels elles convergent, ceux-ci sont souvent détruits par elles et sacrifiés à la conservation du reste de l'organisme.

Cette tendance conservatrice de la vie doit être sagement dirigée et non contrariée; ces efforts de réaction doivent être appréciés, mesurés et contenus dans certaines bornes par l'intelligence du médecin, et c'est en ce sens seulement qu'il est le vrai ministre de la nature.

Cela posé, que se passe-t-il lorsqu'une préparation arsénicale est ingérée dans l'estomac?

Les premiers symptômes de réaction sont la douleur, les nausées, les vomissements.

Les points sur lesquels les particules de poison sont déposées s'irritent, rougissent, se tuméfient; le tissu cellulaire sous-jacent se remplit de liquide, augmente d'épaisseur, s'enflamme; la muqueuse gastrique secrète une plus grande quantité de mucus, qui tend à diluer et envelopper les parcelles arsenicales.

L'absorption n'a lieu que par les parties de la muqueuse

gastro-duodénale qui ne sont pas irritées, et ne s'exerce que sur les parties du poison dissoutes dans les liquides que contient l'estomac. Elle ne s'exerce que lorsque la dissolution est assez étendue pour ne pas irriter et corroder la muqueuse. On sait d'ailleurs quelle petite quantité de ce poison il faut pour produire les effets d'intoxication.

Si la quantité d'arsenic ingérée est considérable, il y a promptement corrosion et perforation de la membrane intestinale, parce que l'afflux du liquide dans ces membranes n'est pas assez prompt et assez considérable pour amener un gonflement capable de résister à la perforation. Dans ce cas le poison agit aussi comme caustique.

Il faut que le médecin imite ici la nature. Il faut d'abord remplir l'estomac de liquides gras, huileux, mucilagineux, qui ne dissolvent que la moindre quantité possible du poison ingéré (lait, huile, mucilages concentrés); provoquer le vomissement au moyen d'émétiques énergiques (ipéca, racine de cabaret, sulfate de cuivre); neutraliser ce poison s'il n'est pas en trop grande quantité (sous-carbonate de fer en poudre ou en pâte); irriter vivement toute la surface gastro-duodénale, de manière à y produire une inflammation superficielle avec sécrétion muqueuse (alcool, vin, eau sinapisée), pour y empêcher l'absorption; enfin, lorsque le danger de l'absorption n'est plus à craindre, combattre l'inflammation par les saignées locales et générales et les autres moyens appropriés.

Voilà la conduite que nous tiendrions si nous avions à traiter, comme il y a quelques mois, un sujet empoisonné avec une préparation d'arsenic.

Nous avons donné alors l'hydrate de protoxide de fer récent; mais, comme nous l'avons appris depuis par les ex-

périences faites à ce sujet, les doses étaient beaucoup trop faibles, puisqu'il faut presqu'une once de cette préparation pour neutraliser un grain d'acide arsénieux, et que notre sujet avait avalé près de deux gros de ce poison.

A l'ouverture du cadavre, nous avons trouvé le duodénum largement corrodé et perforé en plusieurs endroits. Les bords des perforations et tous les organes environnants étaient énormément tuméfiés et fortement enflammés. Les muscles du bas-ventre étaient rétractés comme si une corde avait serré l'abdomen à la hauteur de l'ombilic. Au-dessous de l'ombilic tout était sain, et au-dessus, les muscles rétractés pressaient une masse d'engorgement, à travers laquelle s'écoulaient par petits filets les fluides échappés du duodénum.

Maintenant, si l'on réfléchit qu'il y a rétraction de la paroi abdominale dans toutes les violentes coliques, qu'instinctivement ceux qui en sont atteints se compriment le ventre et se plient en deux, et que cette rétraction chez notre sujet avait empêché l'épanchement de s'étendre au loin dans la cavité abdominale; si l'on réfléchit que sans cet énorme gonflement des parties environnantes du duodénum perforé, les liquides contenus dans la cavité intestinale se seraient versés abondamment dans le péritoine, peut-on un instant mettre en doute l'effort conservateur de la vie qui a produit ces modifications, et ne doit-on pas regarder beaucoup d'altérations organiques comme des résultats d'efforts pareils? Ne devons-nous pas chercher, autant que possible, à imiter ces procédés de la nature médicatrice, en dirigeant convenablement les réactions vitales, et en les excitant dans un rapport convenable avec la force de résistance et l'intégrité de fonction des organes plutôt qu'avec celle de leurs formes?

En résumé, quatre indications principales sont à remplir dans l'empoisonnement par l'arsenic :

1° Envelopper le poison dans des liquides peu dissolvants et le faire rejeter par le vomissement ;

2° Le neutraliser ;

3° Empêcher l'absorption en provoquant sur toute la surface gastro-duodénale une inflammation superficielle ;

4° Traiter l'inflammation quand l'absorption et ses suites ne sont plus à craindre.

Nous pensons que tous les praticiens prudents, quelle que soit leur école, partageront notre manière de voir. Point de méthode exclusive; car le premier devoir du médecin est de guérir *citò tutò*, et autant que possible *jucundè*.

Voilà ce qui résulte de notre propre expérience, de nos lectures, et voilà ce que nous dicte notre conscience.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

Aphorismes de physiologie végétale et de botanique; par John Lindley ; traduit de l'anglais par M. Cap, pharmacien à Paris.

La physiologie végétale diffère peu de la physiologie animale. Dans les végétaux, nous retrouvons les mêmes fonctions que dans les animaux, et ce sont les mêmes organes qui les exécutent. Voilà pourquoi nous pensons que les réflexions que nous a inspirées le livre de M. Lindley ne seront pas déplacées dans un journal de médecine. Peut-être

a-t-on eu le grand tort de séparer l'étude des actes des végétaux de celle des animaux : c'est à cette séparation qu'il faut attribuer l'état d'enfance dans lequel est restée si long-temps la physiologie végétale. Ce n'est qu'en la réunissant à la physiologie animale qu'elle fera de véritables progrès, à cause des emprunts nombreux qu'elle lui fera. Peut-être aussi lui sera-t-elle de quelque utilité, puisque, ainsi réunies, elles se prêteront de mutuels secours. Aussi n'y a-t-il qu'un homme versé à la fois dans les connaissances de la physiologie et dans celles de la botanique qui puisse remplir les immenses lacunes que présente encore cette étude importante. En effet, quel est encore le sort de la physiologie végétale depuis Théophraste, Dioscoride et Galien, jusqu'à Bauhin, Tournefort, Rivinus; plus tard, Linnée, Haller, Gilibert, de Jussieu; et de nos jours, de Candolle, Raspail et John Lindley? Ils ont étudié la forme des végétaux, les lieux où ils croissent, les époques de l'année où ils fleurissent, leur vivacité, les fruits et les matériaux qu'ils produisent : ils les ont disséqués, ils en ont successivement découvert toutes les parties constituantes; en un mot, ils ont fait l'anatomie des plantes. Chaque partie a été étudiée séparément et aux différentes époques de ses phases. Tissus élémentaires, tissus composés, rien n'a été oublié. On les a soumis à l'analyse du scalpel et du microscope dans les racines, dans les tiges, dans les bourgeons, dans les feuilles, dans les fleurs, dans les fruits et les graines : on a véritablement fait l'anatomie de la plante à toutes les époques de sa vie. Mais, au milieu de ces efforts incroyables, on n'a presque jamais remonté à la vie, parce qu'elle échappe à nos moyens physiques d'investigation.

Cependant le végétal vit et vit aussi bien que l'animal.

S'il en diffère, c'est parce qu'il a des organes de moins et qu'il ne peut pas remplir des fonctions dont les organes lui manquent. Mais il n'en vit pas moins, et il possède une classe de fonctions qui lui sont communes avec les animaux. Ces vérités sont bien reconnues par tous les botanistes : il n'en est pas un qui ne sache que la plante se nourrit et qu'elle se perpétue par un appareil générateur, et que pour cela il s'opère en elle une circulation bien facile à démontrer, des sécrétions de nature différente, des absorptions et des excrétions. Mais là s'arrête leur investigation. Ils ne vont point rechercher la cause de ces phénomènes ; ils ressemblent à l'horloger qui étudierait le mouvement des deux ou trois aiguilles de son cadran et celui de chaque roue en particulier, sans remonter au ressort qui met le tout en mouvement. Cependant les végétaux, comme les animaux, ont la vie en partage. Mille faits l'y démontrent, et ils convaincraient les incrédules, s'il pouvait y en avoir. Aussi, déjà de Gorter et après lui Linnée commencèrent-ils à l'y reconnaître. Ce dernier alla plus loin : il soupçonna l'organe de la vie en le présumant dans la moelle. Depuis lors, cette partie de la physiologie n'a fait aucun progrès ; car je n'appelle pas progrès le dévergondage physiologique de Lametterie sur les êtres organisés. En effet, non content de reconnaître la vie dans les végétaux et de leur assigner les fonctions, les seules fonctions dont ils sont doués, cet auteur a voulu les assimiler aux animaux, et il leur a prêté des fonctions qu'ils n'ont pas et qu'ils ne peuvent pas avoir, puisqu'ils sont privés des organes qui les exécutent. Après avoir démontré dans les végétaux la sensibilité, la circulation, les sécrétions, la génération, il a voulu leur trouver les cinq sens et une intelligence raisonnable. Les faits illu-

soires sur lesquels il se fondait n'ont pu séduire personne, parce que personne n'a pu leur trouver les organes de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, du goût, et encore bien moins l'appareil cérébro-rachidien. Il faut convenir cependant que le célèbre Darwin leur avait supposé un certain degré de discernement et d'intelligence. Aussi l'histoire de la vie des végétaux est restée dans le *statu quo* le plus complet. De Jussieu, Senebier et Raspail ne sont pas allés plus loin que Linnée. Ils admettent la vie, ils placent même sous son influence la plupart des phénomènes de la végétation; mais voilà tout. Il y a même quelques années, un savant qui s'est beaucoup occupé de la structure intime des êtres organisés, M. Dutrochet, fit des expériences du plus haut intérêt; et il fut conduit à n'admettre dans les végétaux, pour cause unique de toutes leurs fonctions, que l'*endosmose* et l'*exosmose*, moyens de passage des liquides à travers les tissus. Sa découverte fut accueillie avec enthousiasme, et l'on crut, comme il le disait, que le mouvement vital allait être enfin *dévoilé*. Ses découvertes étaient une vraie conquête pour la physiologie; mais elles ne suffirent pas pour nous révéler tout le mécanisme de la vie. Il était évident que l'endosmose et l'exosmose, tout en démontrant le passage des liquides à travers les tissus, n'expliquaient cependant pas pourquoi, après ce trajet, il naissait ici une feuille, là une fleur, ailleurs une gomme ou une résine; qu'elles n'expliquaient pas non plus pourquoi la feuille avait telle ou telle forme, telle ou telle couleur; pourquoi dans la même pétale les couleurs étaient souvent si nuancées et si changeantes, pourquoi un végétal était vivace ou croissait toujours, pourquoi tel autre ne vivait que jusqu'à la maturité de ses graines, etc. M. Dutrochet a si bien senti ces raisons

que, dans une seconde édition de ses œuvres, il déclare comme non avenu tout ce qu'il a écrit précédemment à ce sujet. Il reconnaît que l'endosmose et l'exosmose ne suffisent pas pour expliquer les phénomènes de la végétation, et que derrière elle il y a quelque chose de plus; mais il en reste là. Lindley ne s'explique pas davantage. Il s'arrête à l'exposition des phénomènes ou plutôt de l'état des organes dans chaque phénomène. Cependant il reconnaît une action vitale, comme on le voit lorsqu'il dit : « Tous les phénomènes qui se rattachent au développement des plantes sont produits par l'action vitale qui leur est inhérente. Lorsque l'action vitale est mise en jeu dans une semence ou un bourgeon, le tissu se développe dans trois directions. » Ces phrases et quelques autres semblables sont positives. Mais l'auteur ne fait rien pour étudier cette action vitale, pour chercher sa manifestation et ses organes de manifestation. Il a vu, comme ses prédécesseurs, qu'il y avait de la vie dans les végétaux : il n'a pas connu la vie elle-même.

De tous les auteurs, le célèbre de Candolle est celui qui a fait le plus d'efforts pour transporter aux plantes toutes les notions acquises sur la vie des animaux. Il ne s'est point borné à leur reconnaître une action vitale en général; il a admis pour eux un principe vital, une force et des propriétés vitales, dont il a démontré l'influence sur chaque acte, sur chaque fonction du végétal. Mais, à l'exemple de tous les physiologistes, il a supposé une sorte d'imprégnation de ce principe vital dans le tissu végétal. Il n'a rien fait pour lui chercher un siége spécial, rien pour lui trouver un organe, un appareil de transmission. C'est pourtant là un point capital de physiologie végétale. Les phénomènes de la

végétation, comme ceux de l'animalisation, ont besoin, pour être bien compris, de la connaissance de la vie et de ses voies de transmission. C'est un vaste champ à cultiver encore. Il promet d'abondantes récoltes à celui qui voudra s'en occuper et qui aura le bonheur de ne point s'y fourvoyer.

Puisque les végétaux jouissent de la vie, puisque c'est par elle qu'ils opèrent leurs différentes évolutions et qu'ils se reproduisent, de même que les animaux, ils doivent avoir et ils ont leur appareil nerveux, véritable organe de la vie. Mais quel est cet appareil ? quel est cet organe? C'est là que naissent les difficultés sans nombre, et que l'illusion peut facilement revêtir la forme de la vérité par sa vraisemblance. Si l'on envisage cependant que la moelle est l'organe le mieux protégé dans le centre du végétal, auquel il se distribue, depuis la plus petite radicule jusqu'au rameau le plus ténu, on sera déjà disposé à lui supposer un rôle important. Si, d'un autre côté, on voit que les végétaux qui ont le plus de moelle ont une végétation plus active, que ce sont eux aussi qui, dans leurs classes, vivent le moins long-temps, et que seuls aussi ils possèdent la faculté de se reproduire par bouture, comme on le voit pour le sureau, l'acacia, la vigne, le saule, le peuplier, etc.; si l'on remarque enfin que le germe des plantes est un noyau médullaire presque pur, que la greffe à l'écusson ne produit point de branche, si l'ente ne contient pas un bourgeon, autre noyau médullaire aussi pur; qu'un morceau de pomme de terre ne reproduit son végétal qu'autant qu'il porte au moins un œil ou noyau médullaire, etc., alors on sera porté, avec assez de raison, à regarder la moelle des végétaux comme leur système nerveux, comme leur organe ou appareil de

la vie. Si, ensuite, nous faisons attention qu'ils n'ont point de sens, point de mouvements locomoteurs, point d'actes intellectuels, nous verrons que ce système nerveux ne peut pas être l'encéphalo-rachidien, et qu'il ne peut être que le système nerveux ganglionnaire, qui seul préside aux fonctions nutritives et organiques.

Mais ne nous laissons point entraîner par le haut intérêt et l'attrait bien séduisant qui s'attachent à ces considérations; revenons à M. Lindley.

Il a renfermé dans moins de 80 pages tous les aphorismes relatifs à la physiologie et à la nomenclature végétales. Tout s'y trouve, mais dans un style aphoristique si concis, que l'ouvrage ne se prête pas à une analyse; on peut le regarder lui-même comme une analyse, ou même comme une table analytique de la végétation, puisqu'il renferme la matière des cinq volumes de Senebier, des trois volumes de de Candolle, des deux énormes volumes de Raspail. Tout ce qu'on pouvait dire sur les organes élémentaires et composés, sur la racine, sur la tige, les bourgeons, les feuilles, les poils, la nutrition, les boutons, les organes de la fleur et du fruit, et les classifications et systèmes, tout y a été compris, non-seulement les connaissances acquises, mais encore les vues propres à l'auteur.

Dans une introduction remarquable par la clarté et l'élégance du style, le traducteur a tracé une histoire abrégée et philosophique de la botanique. Il a cherché aussi à présenter les vues saillantes et la méthode de l'auteur. Ce travail est de la plus grande importance. Il sert à mieux faire comprendre l'ouvrage, dont la marche serrée et le défaut d'explication et de développements pourraient quelquefois embarrasser le lecteur.

On ne peut pas mieux apprécier et suivre les différentes phases de développement, de respiration, de transformation des sucs, de génération, et quelquefois de conversion des parties de la plante, que ne le fait M. Lindley. Ses vues profondes et sententieuses sont toujours le résultat d'observations minutieuses faites soit à l'œil nu, soit au microscope. Il a su profiter des découvertes modernes en y ajoutant lui-même, et il se montre toujours au moins au niveau de la science. Qu'il nous montre ce qui se passe dans la tige, dans l'écorce, dans la racine, dans le bourgeon, dans la feuille, dans la fleur, il saisit toujours avec sagacité ce qui a lieu, et les points d'analogie ou de contact des différents phénomènes. Avouons cependant que l'auteur se laisse quelquefois entraîner par le désir de simplifier tous les actes en les ramenant à une sorte d'identité parfaite. Il semble vouloir transporter à la botanique la doctrine si controversée des identités imaginée par le professeur Geoffroy-St-Hilaire. Sans doute, ces rapprochements sont ingénieux. Il est même utile de montrer l'analogie que présentent les différentes parties de la plante : mais entre l'analogie et l'identité, il y a une différence immense, et malgré tous les efforts des botanistes modernes et de M. Lindley lui-même, je ne puis faire plier ma raison jusqu'à admettre toutes ces identités, sur lesquelles Linnée avait déjà jeté quelques vues. Que l'on cherche, par exemple, à trouver de l'analogie entre le bouton de la fleur et le bourgeon de la tige, entre la fleur elle-même et la tige, je comprends ces rapprochements intéressants, ces jeux de l'esprit. Mais que, sur quelques traits d'analogie, on étende la comparaison jusqu'à confondre le bouton avec le bourgeon, la fleur avec la tige, et les étamines avec les feuilles, pour lors ma raison

se révolte, parce que tous les efforts des botanistes ne font pas disparaître les différences immenses qui les séparent, et qu'ils sont bien loin de me convaincre de leur identité. Non, la fleur n'est point une tige et la tige n'est point une fleur. Non, elles ne peuvent point se remplacer indistinctement l'une par l'autre. La fleur a ses caractères propres et bien distincts : elle est un organe spécial bien autrement important que la tige ; elle est un organe de la reproduction. C'est pour elle et pour sa fonction que la plante entière semble avoir été faite. Voyez dans les plantes annuelles : la fleur termine la tige, elle en est le complément, et celle-ci ne semble avoir grandi que pour elle. Aussitôt que sa fonction est remplie, que la semence est mûre, la plante meurt, quels que soient la beauté et le nombre de ses tiges. Sur une foule d'autres plantes, non-seulement le bouton est différent du bourgeon, mais il y a des boutons qui sont placés à côté des bourgeons, et qui n'empêchent pas ceux-ci de se développer. Comment expliquer cette substitution et cette identité dans les classes monœcie et diœcie, lorsque les organes sexuels sont séparés, soit sur le même végétal, comme le noyer, le châtaignier, le noisetier, etc.; soit sur plusieurs végétaux, comme le chanvre, le palmier, etc.? D'ailleurs la tige de la fleur ne vit qu'autant de temps qu'il en faut au fruit pour mourir; elle tombe après ; et bien souvent, là où un bouton a fait éclore une fleur, vient un bourgeon qui fait développer une branche, et jamais un second bouton et une seconde fleur ne se développent dans le même point. Au lieu d'indiquer des transformations ou des substitutions, tous ces faits ne démontrent-ils pas qu'il y a un but réel de la nature, que la fleur est faite pour être fleur, et que la plante elle-même ne semble faite que pour la floraison et la génération?

J'étendrai ces réflexions à l'identité que l'on veut aussi trouver entre le bulbe et le bourgeon. Qu'on établisse les points de comparaison et d'analogie, c'est bien, cela est ingénieux : mais dire avec M. Lindley : *Le bulbe n'est autre chose qu'un bourgeon,* voilà qui me semble forcer les analogies et sortir du vrai. Si le bulbe n'était qu'un bourgeon, pourquoi formerait-il la base de plusieurs familles de plantes, des orchidées, des liliacées, etc.? pourquoi se reproduirait-il en donnant naissance à d'autres bulbes à côté de lui, et non dans l'aisselle des feuilles?

Je pourrai en dire autant de l'identité que l'auteur trouve entre l'épine et la tige, entre la vrille et la fleur, etc.

Avec Tournefort et quelques autres botanistes, M. Lindley regarde la moelle comme servant à nourrir le jeune bourgeon, jusqu'à ce qu'il ait acquis la faculté de pourvoir lui-même à sa nourriture. Cette opinion est en contradiction avec ce qu'il a dit aux n°s 68 et 71, où il fait dependre l'accroissement de la plante de la matière qui descend de la tige par la circulation ; en outre, comment peut-on la faire accorder avec l'accroissement rapide du bourgeon et de la tige, sans que la moelle diminue de volume ? D'ailleurs, si elle n'augmente pas de diamètre, elle ne cesse pas de s'allonger avec la tige. Enfin, il n'y a point d'organe qui puisse lui apporter les matériaux de cette sorte de digestion alimentaire.

Mais laissons ces observations critiques : elles ne s'adressent point à M. Lindley en particulier ; elles s'appliquent à la marche et à la direction générale de l'époque présente. La fureur de tout généraliser et de tout simplifier égare quelquefois et éloigne de la vérité. La manie surtout de vouloir se distinguer par quelques découvertes ou par quel-

ques idées en apparence nouvelles, enflamme bien des imaginations, et fait bien souvent rêver au lieu d'observer, et prendre les rêves pour les manifestations et les révélations de la nature.

Dans son alliance des plantes et dans son analyse artificielle des ordres, M. Lindley suit la méthode naturelle de Jussieu; mais il la déduit d'une observation de structure qui n'est plus le simple examen de la fleur et de l'extérieur de la plante. Il la base sur l'existence ou la non-existence des vaisseaux spiraux. Il est vrai que cette distinction conduit aux mêmes résultats : car les plantes à vaisseaux spiraux ont des fleurs, ce sont les *phanérogames ;* et les plantes cellulaires sans vaisseaux spiraux n'ont pas de fleurs, ce sont les *agames*. Chacune présente à l'extérieur des caractères spéciaux qui les font reconnaître, sans qu'on ait besoin de recourir à leur dissection. Je vais laisser parler le savant traducteur : « Toutes les plantes fleuries s'accroissent par l'extension de leurs extrémités et la distension ou l'élargissement de leur circonférence, tandis que dans les plantes agames, la tige paraît simplement s'accroître par une addition de matière nouvelle à son extrémité. Pour ce motif, on nomme les premières tantôt *exogènes*, tantôt *endogènes*; les dernières portent le nom d'*acrogènes*. Les *exogènes* s'accroissent par l'addition d'une matière ligneuse à la circonférence et sous l'écorce ; les *endogènes,* par une addition de matière à l'intérieur et près du centre. Les premières correspondent aux *dicotylédonées,* les secondes aux *monocotyledonées*. A la première classe, il en a ajouté une sous le nom de *gymnospermées,* lorsque dans les *exogènes* l'influence fécondante du pollen s'applique immédiatement à la semence, sans l'intervention d'un péricarpe apparent. Il a sé-



paré des *endogènes* un groupe dont il fait aussi une classe sous le nom de *rhizanthées*, parce qu'elles se rapprochent beaucoup des *acrogènes*. Il forme ainsi cinq classes auxquelles viennent correspondre les familles, les ordres et les genres, à peu près comme dans la méthode naturelle.

Il reste un mot à dire sur la nouvelle modification apportée à la nomenclature dans l'ouvrage de M. Lindley, par l'adoption de terminaisons régulières appliquées aux principales divisions de la méthode. Les ordres sont partout désignés par la désinence *aceæ*, les sous-ordres en *eæ*, les alliances en *ales*, et les groupes en *osæ*. Ces changements paraîtront parfois bizarres; mais de réels avantages seront le fruit de cette uniformité, si elle peut une fois s'établir, et les botanistes passeront volontiers sur quelques vices de construction ou d'euphonie, en faveur de l'utilité évidente qui devra résulter d'une pareille réforme. Cette idée de consonnances terminales pour faire saisir de suite la classe, l'ordre, le genre ou la famille, n'appartient point à M. Lindley exclusivement. Déjà un autre botaniste avait essayé des terminaisons analogues en faisant finir ses dénominations par *i*, *in*, *a*, *o*, *u*, *aire*, en en étendant l'application aux différents modes de développement de la plante. Déjà l'anatomie du corps humain compte, depuis quarante ans, plusieurs nomenclatures fondées sur des désinences analogues.

Il ne faut pas croire que l'utilité d'une classification méthodique se borne à grouper ensemble les plantes qui présentent les mêmes caractères. Ses avantages sont précieux encore à l'égard de la médecine. La connaissance des caractères et des propriétés d'une plante est, pour le praticien, un guide qui peut lui permettre de la remplacer par quelque autre qui lui est naturellement alliée. Le médecin voyageur

peut diriger ses recherches, non plus d'une manière empirique seulement, mais d'après des principes fixes, relativement aux plantes que la nature a répandues avec prévoyance pour le soulagement des maladies particulières à chaque climat.

Cet exposé fait voir de quelle importance est l'ouvrage de M. Lindley. C'est un manuel consciencieusement élaboré, et dans lequel on trouve en peu de mots la matière de plusieurs volumes. Cet ouvrage convient donc à ceux qui, déjà instruits, veulent revoir la physiologie végétale sans perdre de temps, et à ceux qui veulent y puiser des connaissances nouvelles. On ne saurait trop féliciter M. Cap d'avoir enrichi la science de cette traduction.

BRACHET (de Lyon), D. M.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS.

Diabète sucré. — Huile de morue daus le traitement des maladies scrofuleuses. — Sublimé corrosif en poudre contre les ulcères de mauvaise nature. — État du sang dans l'entérite folliculeuse. — Fragmentation spontanée des calculs dans la vessie. — Hémicrânie droite et névralgie faciale.— Champignons vénéneux.— Empoisonnement par le tabac. — Solution iodurée. — Taches de sperme.— Empoisonnement par huit gros de nitrate d'argent.

Archives générales de médecine (Novembre 1839).

Quelques remarques sur un cas de diabète sucré accompagné d'une altération organique des reins (néphrite des auteurs)

sans albumine dans l'urine (ni hydropisie) ; par M. MONNERET, agrégé de la Faculté. — Un individu atteint de diabète sucré succomba à une double pneumonie survenue à une période déjà avancée de la phthisie pulmonaire dont ce malade était en outre affecté. A l'ouverture du corps, les reins furent trouvés dans un tel état, que, au dire de M. Monneret, tout médecin familiarisé avec l'anatomie pathologique aurait déclaré sans hésitation que le malade était affecté de *néphrite albumineuse*. Or, il n'y avait jamais eu durant la vie ni *albuminurie*, ni hydropisie. C'est bien le cas de répéter avec Cabanis : « La méthode qui consiste à » calquer (le diagnostic et) les traitements sur certaines » apparences qu'offrent les organes après la mort, appa- » rences qui peuvent dépendre de causes variées, a toujours » été, depuis qu'on veut fonder exclusivement la pratique » sur les dissections, la source de beaucoup de fautes et de » malheurs. » Aussi sommes-nous portés à penser ainsi que M. Monneret, malgré le nouvel ouvrage de M. Rayer, peut-être même à cause des faits anatomiques contenus et interprétés dans cet ouvrage, à penser, dis-je, que l'on ne connaît pas encore bien aujourd'hui les vestiges anatomiques de la *néphrite*, et que la méthode qui consiste à ranger sous ce titre toutes les altérations que peut offrir le rein est éminemment vicieuse. Voici d'ailleurs la description textuelle de la lésion des reins observée par M. Monneret sur le sujet dont il est ici question :

« Le rein droit, dépouillé de sa capsule qui s'enlève facilement, présente une coloration d'un rouge brun assez uniforme. Quand on l'examine avec soin, on distingue facilement une vive injection de toute la substance corticale. On aperçoit entre les granulations une multitude de petits points rouges, extrêmement déliés, qui tranchent avec elles, et se distinguent facilement au milieu de la substance

corticale. Une section pratiquée suivant la longueur du rein les montre disposées par séries longitudinales dirigées de la face externe du rein vers sa scissure ou vers la base des cônes. Par la pression, on rend ces petits points plus saillants et plus visibles ; ils s'injectent fortement et finissent par laisser transsuder un liquide rougeâtre. Ces points rouges sont très-probablement les glandules de Malpighi très-injectés. Entre ces lignes ponctuées rouges on aperçoit aisément la substance corticale, de laquelle partent les conduits de ferrein qui sont devenus très-visibles et forment des stries ou rayons qui convergent vers la base des cônes. Il est impossible de suivre plus loin ces deux substances, qui cessent brusquement à la base des mamelons où l'on ne découvre que des tubes d'un rouge assez foncé. Du reste, les deux substances (corticale et mamelonnée) se distinguent très-bien l'une de l'autre et ne tendent pas à se confondre. La lésion prédominante dans ce rein est l'hypérémie. Le volume et la consistance de l'organe n'ont rien d'anormal.

» La lésion que présente le rein gauche est toute différente et beaucoup plus avancée. Sa face externe est lisse, unie, pâle, et offre une couleur jaune très-prononcée; en quelques points, surtout vers l'extrémité supérieure, existent des plaques rouges qui, par leur aspect et l'injection des vaisseaux intra-granulaires, rappellent l'altération trouvée dans l'autre rein. Soit que l'on coupe, soit que l'on déchire la substance corticale, on y découvre encore les vaisseaux disposés par lignes ponctuées; mais ils sont peu visibles, plus pâles; les stries rouges qu'ils forment dans l'autre rein tendent à disparaître et à s'effacer. On aperçoit distinctement la substance mamelonnée, mais les tubes en sont pâles, quelquefois jaunâtres, et participent déjà à la dégénérescence de la substance corticale avec laquelle ils

tendent à se confondre par la base des cônes. Trois pyramides ont disparu par suite de l'hypertrophie de la substance corticale qui en a pris la place. Dans ces points, les stries constituées par les vaisseaux, au lieu d'être perpendiculaires, sont parallèles à l'axe longitudinal du rein. La consistance de l'organe est augmentée; il résiste sous le doigt, il est légèrement grenu; sa couleur d'un jaune pâle; son volume normal. Les calices, les bassinets, les uretères, n'ont rien présenté de remarquable. »

Quant à la cause intime du diabète, et au mode de production de la matière sucrée, nos lecteurs ont pu voir dans le mémoire de M. Bouchardat (*Revue médicale*, juin 1839) que ce chimiste attribue à l'action du ferment, du gluten, de l'albumine et de la fibrine, dans certaines conditions d'altération qui existent dans l'estomac des diabétiques, sur la fécule amylacée qui y est ingérée, la production de la matière sucrée que l'on peut dans certains cas retrouver dans le sang et que l'on découvre constamment dans l'urine diabétique. M. Monneret, sans se prononcer formellement sur cette théorie toute chimique, est également porté à penser que c'est par suite d'une opération saccharifiante, dont la cause première reste à déterminer, que les éléments du sucre diabétique sont formés dans l'estomac, charriés avec le chyle, puis versés par le canal thoracique dans le torrent circulatoire. Ce ne serait plus, par conséquent, dans une lésion des reins qu'il faudrait aller chercher la cause première du diabète. G.

Gazette médicale (Novembre 1839).

I. — *De l'emploi de l'huile de morue dans le traitement des maladies scrofuleuses*; par M. le docteur Tanfflied, méde-

cin à Bar (Bas-Rhin). — Ce mémoire peut se résumer dans les propositions suivantes :

1° L'huile de morue exerce une influence favorable sur l'état général des individus lymphatiques qui en font usage.

2° Administrée convenablement, elle jouit de la propriété de guérir les scrofules des os, le carreau et les arthrites chroniques scrofuleuses ou rhumatismales.

3° La carie avec plaie et avec engorgement des parties molles exige que le traitement général, par l'huile de morue, soit secondé par un traitement local. La compression et les fomentations alcooliques iodurées peuvent être employées avec succès dans ces circonstances.

4° L'huile de morue ne peut rien contre l'arthrite goutteuse ni contre l'engorgement des ganglions lymphatiques autres que ceux de la cavité abdominale. Son action paraît douteuse et même nulle dans la phthisie scrofuleuse un peu avancée.

5° L'huile de morue doit être administrée avec persévérance et pendant plusieurs mois pour produire des résultats avantageux.

II. — *Note sur l'emploi extérieur du sublimé corrosif en poudre contre les ulcères de mauvaise nature*; communiquée par M. le docteur Ordinaire, médecin à Saint-Laurent-lès-Mâcon. — M. le docteur Ordinaire s'étant livré, depuis quinze ans, à des recherches multipliées sur l'emploi de la poudre de sublimé corrosif comme caustique dans le traitement des ulcères de mauvaise nature, cancéreux, scrofuleux, cutanés, fistuleux et vénériens, ainsi que dans la destruction de certaines tumeurs, des kystes et des rétrécissements du canal de l'urètre, a constaté le peu de danger de son absorption par l'instantanéité de son action destructive sur les vaisseaux absorbants, et par sa décomposition par l'albumine des tissus cautérisés.

Il porte ce caustique dans la bouche, les fosses nasales, le canal de l'urètre, le vagin et le rectum, sans avoir jamais observé le moindre symptôme d'absorption.

Il a, à l'aide de ce moyen, guéri un grand nombre d'individus, atteints, les uns d'ulcérations cancéreuses de la langue, du voile du palais et même du pharynx ; les autres, de cancer du rectum, de la verge, ou d'ulcères vénériens rebelles à toutes les autres médications.

La manière de l'employer est très-simple. Si l'on veut cautériser profondément, il faut prendre une pincée de sublimé et en saupoudrer la partie, de manière à l'en recouvrir d'une couche assez épaisse. Quand M. Ordinaire a à traiter un ulcère cancéreux superficiel ou un ulcère scrofuleux qu'il veut ramener à l'état de plaie simple, il humecte l'extrémité du doigt qu'il charge de caustique, en le superposant sur la poudre de sublimé, et il l'applique immédiatement sur la plaie. Si celle-ci a son siége dans une cavité, il se sert d'une sonde, d'un pinceau, d'un cylindre de papier, préalablement humectés, d'un tampon de charpie, ou d'un emplâtre agglutinatif comme conducteurs. Si l'ulcère est fistuleux, et qu'il veuille en détruire les bords flottants, il prend une épingle dont il roule la tête mouillée dans la poudre cautérisante, et il la porte ensuite dans la fistule ou sur les bords flottants. Si le trajet fistuleux a une certaine étendue, il se sert d'une sonde cannelée, il en humecte la rainure qu'il remplit de sublimé ; il l'introduit dans la fistule et lui fait subir un mouvement de rotation, de manière à mettre en contact avec le caustique toute la surface ulcérée. S'il veut détruire un kyste, il se sert de la même sonde chargée ; après avoir vidé la tumeur, à l'aide d'une simple ponction, il porte le caustique à deux ou trois reprises dans l'intérieur du sac qui ne tarde pas à s'escharifier et à disparaître par l'adhésion de ses parois. Dans les cas de rétrécisse-

ment du canal de l'urètre, il charge une sonde de sublimé au lieu de pierre infernale.

M. Ordinaire se borne rarement à une seule application dans le premier pansement; ordinairement il en fait deux ou trois consécutives, et la quantité de poudre qu'il emploie varie selon l'épaisseur et la nature des parties qu'il veut détruire, mais ne dépasse jamais sept ou huit grains. Le caustique étant appliqué à l'extérieur, M. Ordinaire se sert, pour recouvrir la partie, d'un taffetas chargé de diachylon, il renouvelle cet emplâtre deux fois par jour et le continue jusqu'à parfaite guérison. Appliqué dans une cavité, il panse avec de la charpie; dans la bouche, il maintient cette charpie ou du coton cardé quelques instants seulement pour empêcher le caustique de s'étendre sur les parties voisines.

Le sublimé est à peine en contact avec une plaie, qu'il cause une douleur très-vive qui dure quelques heures et détermine un engorgement si considérable, qu'il pourrait effrayer ceux qui ne sont pas prévenus que cet engorgement disparaît aussi promptement qu'il se déclare, cédant facilement à une application de sangsues ou de cataplasmes émollients.

Dans les cas d'ulcérations cancéreuses superficielles, une seule application de caustique est suffisante; mais le plus souvent on est dans la nécessité de la répéter. Il faut attendre, dans ce dernier cas, la chute de l'eschare primitive; ou si l'on veut presser les cautérisations, il faut l'enlever avec des ciseaux courbes ou un bistouri. Quelquefois il reste, après les deuxième ou troisième cautérisations, des bourgeons qui paraissent de mauvaise nature, ou une partie des bords ou du fond de la plaie qui est saillante et inégale; il ne faut pas balancer à la régulariser par des applications légères et partielles de poudre de sublimé.

Quel que soit le nombre des cautérisations, M. Ordinaire

attend en général vingt-quatre heures avant de faire le premier pansement, afin de ne pas déranger l'action du caustique. La cicatrisation qui suit la chute des eschares s'opère dans tous les cas avec une activité vraiment remarquable. M. Ordinaire a vu fréquemment des ulcères de la largeur d'un écu de six francs qui se cicatrisaient en quinze ou vingt jours à dater de la première application de poudre de sublimé.

III. — *Recherches historiques et chimiques sur l'état du sang dans l'entérite folliculeuse (fièvre typhoïde)*; par C. FORGET, professeur de clinique médicale de la Faculté de Strasbourg. — M. Forget a été conduit, par ses recherches, aux conclusions suivantes :

1° L'altération appréciable du sang dans les diverses périodes de la fièvre typhoïde n'est pas le fait le plus général;

2° Le sang paraît rarement altéré dans la première période;

3° Le sang paraît d'autant moins rarement altéré que la maladie est plus avancée;

4° Le degré d'altération apparente du sang, lorsque cette altération existe, n'est pas toujours en rapport avec les périodes de la maladie;

5° L'altération apparente du sang ne coïncide pas toujours avec l'existence des symptômes dits de putridité ou d'ataxie, lesquels existent souvent sans elle, *et vice versa;*

6° Les diverses apparences d'altération du sang, lorsqu'elles existent, ne paraissent manifestement liées à aucune forme déterminée de la maladie;

7° L'altération du sang n'est pas toujours en rapport avec la gravité de la maladie;

8° L'altération du sang ne croît pas toujours en proportion des saignées pratiquées sur le même individu; l'inverse s'observe quelquefois.

9° Les altérations apparentes du sang, lorsqu'elles existent, sont purement accidentelles et dues à des circonstances le plus souvent inappréciables.

A. F.

L'Expérience (Novembre 1839).

I. — *Mémoire sur la fragmentation spontanée des calculs dans la vessie;* par M. Civiale. — L'auteur de ce mémoire intéressant cite de nombreux exemples de fracture spontanée de pierres dans la vessie, et par suite d'expulsion de petits fragments hors de cet organe, tirés tant des auteurs que de sa pratique particulière, et il croit, ce nous semble avec assez de raison, pouvoir expliquer par-là les prétendues cures merveilleuses obtenues par les eaux alcalines, soit naturelles, soit artificielles. Des faits tout-à-fait semblables avaient servi d'appui aux soi-disants propriétés lithontriptiques de certaines plantes, de certains remèdes vantés à diverses époques, tels que l'uva ursi, le fameux remède stephens, l'eau de chaux, la lessive des savonniers, etc., etc. Qui oserait compter maintenant sur l'action de pareils remèdes pour obtenir la guérison des calculeux? M. Civiale pense qu'il en adviendra autant de la vogue qu'on s'efforce de donner aujourd'hui à l'eau de Vichy, au grand détriment des malades qu'on abandonne, dans une sécurité funeste, à toutes les conséquences graves d'un mal qui ne peut que faire des progrès par défaut des seuls moyens efficaces propres à le combattre.

II. — *Hémicrânie droite et névralgie faciale guérie par la compression des carotides;* par M. Dufresse. — Le sujet de cette observation est un garçon boulanger de quarante ans, chez lequel les douleurs se renouvelaient de temps en temps

avec une violence parfois excessive, et pour lesquelles il se faisait saigner à peu près tous les trois mois. M. Dufresse, sur les sollicitations du malade, employa sans aucune apparence de soulagement le même moyen ; en voyant l'insuccès complet d'une double évacuation sanguine dans l'espace de vingt-quatre heures, il proposa au malade d'employer la compression des carotides. La carotide primitive droite fut donc comprimée une première fois pendant dix minutes. La douleur disparut instantanément, mais reparut une minute après la cessation de la compression. Elle fut renouvelée pendant quinze minutes ; nouvelle disparition de la douleur de la partie droite de la tête et de la face. Transport de cette douleur à la partie postérieure et gauche du crâne. Cette nouvelle douleur disparut après la cessation de la compression, et, deux minutes après, reparut à droite. Nouvelle compression graduée de la carotide primitive droite pendant trente secondes ; disparition de la douleur qui se transporte en arrière et à gauche. Compression graduée de la carotide primitive gauche, augmentée à mesure qu'on diminue la compression de la droite. Disparition de la douleur postérieure, cessation de la compression. Liberté complète de la tête ; la douleur n'a reparu ni à droite, ni à gauche. — Ce procédé réussira-t-il à chaque retour de ces céphalalgies périodiques ? aura-t-il quelque influence sur ces retours ? C'est ce que nous demanderons à M. Dufresse, et nous l'invitons à répéter ses observations, soit sur son malade, soit sur d'autres.

C...Y.

Journal de chimie médicale, de toxicologie, etc. (Juillet, Août, Septembre, Octobre, Novembre et Décembre 1839).

I. — *Expériences sur l'alimentation par les champignons vénéneux;* par le docteur POUCHET, professeur d'histoire naturelle à Rouen. — Il existe de grandes dissidences dans les livres des auteurs et des naturalistes qui se sont occupés des champignons, relativement aux propriétés qui sont attribuées à certaines de leurs espèces. Tel champignon est regardé par les uns comme un violent poison, tandis que d'autres le considèrent comme pouvant servir d'aliments. Des voyageurs rapportent même que dans certains pays, en Russie, en Saxe, en Hongrie, en Toscane, etc...., toutes les espèces sont indistinctement livrées à la consommation. M. le docteur Pouchet pense qu'il serait possible de priver les champignons vénéneux de leur principe délétère, de même que pour le manioc, qui fait la base de la nourriture d'un si grand nombre de peuples, après que l'on a extrait par l'art le poison violent contenu dans ses tissus. M. Pouchet s'est livré à de nombreuses expériences sur deux espèces de champignons regardés comme très-vénéneux, à savoir : l'*amanita muscaria* et l'*amanita venenosa*. Il en est résulté que, par un procédé très-simple, par l'ébullition et la décoction de ces champignons dans l'eau, il est parvenu à isoler la partie vénéneuse de la partie alimentaire; de telle sorte qu'avec l'eau de cuisson qui s'était chargée du principe vénéneux il empoisonnait rapidement les chiens auxquels il la faisait avaler, tandis qu'il a nourri d'autres chiens pendant plusieurs mois avec la partie alimentaire mélangée avec du bouillon. De semblables expériences mériteraient d'être répétées sur toutes les espèces

de champignons authentiquement réputées vénéneuses ; et si la science pouvait un jour proclamer que, moyennant telle ou telle préparation, on peut sûrement annihiler le principe délétère, ce serait un grand bienfait pour les classes pauvres des pays où ces végétaux abondent.

II. — *Sur les empoisonnements par le tabac.* — Quelle est la véritable action de la nicotiane sur l'économie animale et quels sont les moyens capables de combattre ses effets? Après avoir mis en parallèle l'opinion des toxicologistes qui considèrent le tabac comme une substance très-irritante dont les effets doivent être combattus par les antiphlogistiques, et l'opinion de Rasori et de ses disciples qui regardent, au contraire, son action sur le vitalisme comme hyposthénisante, affaiblissante, contre-stimulante, de manière que les véritables contre-poisons du tabac sont les substances stimulantes, l'auteur de cette note embrasse avec enthousiasme cette dernière doctrine, et il rappelle à l'appui deux faits dans lesquels l'éther et le vin aromatisé ont sur-le-champ dissipé les symptômes d'empoisonnement par le tabac. Il trouve aussi dans l'analyse de plusieurs faits pathologiques que le tabac administré comme remède n'a été utile que dans les seules maladies de nature hypersthénique. De cette haute question de thérapeutique, l'auteur passe à l'appréciation de quelques faits secondaires relatifs à l'usage social du tabac ; et c'est encore d'après la doctrine rasorienne, qui considère l'action constitutionnelle du tabac comme affaiblissante, qu'il cherche à distinguer les cas dans lesquels l'usage de *fumer*, de *priser* ou de *mâcher* du tabac peut avoir des avantages ou des inconvénients. On conçoit, dit-il, qu'un homme robuste, mangeant et buvant bien, fasse usage du tabac à fumer ; car, par cela même que le tabac est hyposthénisant, il peut être

regardé comme un correcteur du vin, un moyen propre à dissiper les congestions organiques. Aussi voit-on les grands buveurs être généralement grands fumeurs ; et ce n'est pas sans raison qu'ils trouvent que le fumer leur éclaircit les idées, puisqu'il dissipe les congestions. Chez les fous, le fumer produit aussi généralement d'excellents effets. Il faut noter encore cette tendance à la paresse, à l'immobilité, que les grands fumeurs éprouvent, symptômes manifestes de l'hyposthénie produite par le tabac. Mais que des jeunes gens encore imberbes, des hommes naturellement faibles ou des vieillards décrépits fassent usage de la pipe ou du cigare, c'est là une chose grave et qui donne souvent lieu à des conséquences funestes. Chez les jeunes gens, en effet, le tabac exerce sur l'encéphale une action affaiblissante, lèse singulièrement l'intelligence et l'imagination, mène à la paresse : *à fortiori* chez les vieillards. L'effet produit par le cigare est incontestablement plus énergique que celui de la pipe ; car, indépendamment de la portion de fumée qui est résorbée, il y a dans le cigare une quantité plus ou moins grande de jus de tabac qui passe avec la salive dans l'organisme. Ces conseils et ces avertissements ne sont certainement pas à dédaigner à une époque où la pipe et le cigare sont fort en vogue, et il serait à désirer que les médecins ne se livrassent pas eux-mêmes à un entraînement si général, à l'exemple de Fagon, médecin de Louis XIV, qui, en déclamant de sa chaire contre le tabac, en prisait à chaque phrase une copieuse pincée.

III. — *Solution iodurée du docteur Furnari.* — Le docteur Furnari recommande la solution suivante dans le traitement général des enfants scrofuleux :

℞ Eau de fontaine. . . .	10 onces.
Iodure de potassium, . .	1 gros.
Iode.	3 grains.

Mêlez. A prendre une cuillerée à bouche le matin à jeun, et une le soir avant de se coucher. Si la maladie est opiniâtre, il faut répéter cette potion deux à trois fois. On prescrira en même temps au malade des boissons amères et un régime tonique et fortifiant.

IV. — *Examen microscopique des taches de sperme;* par M. L. Bayard, médecin-légiste. — Ce mémoire est très-étendu et l'un des plus remarquables qui aient été publiés sur ce sujet. Après avoir rappelé les expériences faites sur le sperme par divers auteurs, M. Bayard expose successivement les résultats de ses observations : 1° sur l'action de l'eau, de la salive, de l'urine, du sang, du lait, de diverses solutions salines, sur le sperme ; 2° sur le sperme lui-même, le mucus vaginal, le mucus vaginal après le coït, ces matières étant disposées sur des tissus et des lames de verre. Nous consignerons ici la conclusion et le résumé de son mémoire :

1° Les animalcules spermatiques conservent la vie et les mouvements tant que le mucus dans lequel ils nagent reste fluide et tiède. J'en ai observé de vivants pendant dix heures : ils meurent et restent emprisonnés aussitôt que le mucus est agglutiné.

2° Le sperme desséché se gonfle, se dissémine et se divise dans l'eau distillée et dans l'eau commune froide; il se dissout un peu en chauffant légèrement le liquide de la macération, et l'on aperçoit au microscope les animalcules spermatiques caractérisés par leur longue queue.

3° Le sperme desséché se dissout dans la salive, ainsi que dans l'urine, et les animalcules ne sont pas altérés.

4° Le sperme desséché ne se dissout dans le sang ou dans le lait que si l'on a étendu ces liquides de quelques gouttes d'eau distillée.

5° L'alcool, la solution de soude, de potasse, ou l'ammo-

niaque, *concentrés*, ne dissolvent pas le mucus spermatique; ils en déterminent la contraction et détruisent les animalcules. Ces réactifs *ont*, au contraire, *une action dissolvante très-remarquable* par laquelle les zoospermes sont rendus apparents, s'ils sont étendus d'eau distillée dans des proportions variables pour chacun d'eux, et que nous avons indiquées.

6° Pour reconnaître les taches spermatiques desséchées sur du linge, et tirer parti des observations microscopiques, il faut avoir soin de ne pas froisser ou désunir les lambeaux mis à macérer. En filtrant les liquides de macération et en examinant les dépôts restés sur les filtres, on constate la présence des animalcules spermatiques, isolés du mucus, complets et sans brisure de la queue.

7° On peut facilement constater la présence des zoospermes dans le mucus vaginal recueilli après l'acte du coït entre deux lames de verre ou desséché sur des linges.

8° Chez les femmes qui ne sont pas affectées d'écoulements morbides par les parties sexuelles, j'ai toujours pu retrouver sur les linges et sur les lames de verre qui ont essuyé les parois du vagin, des animalcules spermatiques, huit, dix et même soixante-douze heures après l'acte du coït.

9° Sur des linges tachés par du sperme desséché sur du linge depuis deux mois, un an et près de trois ans, j'ai reconnu des zoospermes à longue queue, entiers et complets.

10° La nature et la coloration des tissus tachés par le sperme ne nuisent pas à l'analyse microscopique et à la constatation des animalcules; on les retrouve aussi bien sur les étoffes de fil, de coton, que sur celles de laine ou de soie.

11° L'examen microscopique permet de distinguer les

caractères très-différents que présentent les filaments de lin ou de chanvre, de coton, de laine ou de soie.

V. — *Empoisonnement par huit gros de nitrate d'argent.* — Le 23 juin, à une heure du matin, le nommé Édouard Lecompte, âgé de vingt-un ans, ancien garçon de pharmacie à l'Hôtel-Dieu, fut apporté à l'hôpital St-Louis dans un état qui semblait indiquer une mort très-prochaine.

Le malade était sans connaissance ; il y avait insensibilité de toutes les parties du corps; les membres supérieurs et les muscles de la face étaient agités de mouvements convulsifs ; les mâchoires restaient fortement contractées ; les yeux étaient tournés en haut, et les pupilles très-dilatées restaient insensibles à l'action de la lumière, le pouls était plein, naturel et indiquait 70 pulsations.

Le commissaire de police qui accompagnait le malade apportait un reste de la liqueur qui avait servi au suicide : ce liquide offrait les caractères physiques d'une solution de nitrate d'argent mélangée avee une substance organique. Cette circonstance, jointe aux larges empreintes que le nitrate avait occasionnées sur les doigts du malade, ne laissant aucun doute sur la nature de l'empoisonnement, on s'empressa d'administrer par verres, de quart d'heure en quart d'heure, une solution de sel marin. Aprés une heure et demie de traitement, une amélioration sensible se manifesta : les muscles de la face n'étant plus agités, la contraction des mâchoires avait cessé ; les pupilles étaient moins dilatées. L'administration de l'eau salée fut continuée.

A six heures du matin, toujours insensibilité dans les membres inférieurs, sensibilité obtuse dans les membres supérieurs ; la face était fortement injectée ; le malade éprouvait des douleurs épigastriques trés-fortes. On continue le même traitement. A huit heures, le malade, inter-

rogé sur la quantité de poison qu'il avait prise, ne peut répondre ; mais il indique par signe le chiffre 8. L'eau salée est supprimée, et on se borne à faire prendre des boissons émollientes. A midi, la sensibilité et la parole sont revenues ; douleurs épigastriques ; le malade dit avoir pris huit gros de nitrate d'argent fondu, délayés dans du cassis. Vers trois heures de l'après-midi, le malade retombe dans un coma profond, qui dure jusqu'à cinq heures. A sept heures, la connaissance et la sensibilité avaient reparu ; la nuit fut assez bonne. Le lendemain et le surlendemain à huit heures du matin, retour d'une nouvelle attaque de coma qui ne persiste que quelques heures ; le soir, après que la crise était passée, le malade était dans un état satisfaisant.

Les jours suivants, il alla de mieux en mieux, et il sortit de l'hôpital le 29 juin.

On pourra élever quelques doutes sur la quantité de nitrate d'argent que le malade dit avoir prise. Mais, sans résoudre entièrement la question, le fait suivant prouve du moins que la quantité de poison avalée par Lecompte était très-forte. Le 24, vers cinq heures du soir, le malade fut pris de vomissements abondants : l'infirmier jeta malheureusement les matières vomies ; et à la visite du lendemain, il rapporta qu'elles étaient presque entièrement formées d'un produit blanc ressemblant à du lait caillé. Ces matières avaient produit sur les draps et les rideaux des taches qui de blanches étaient devenues noires. En traitant une seule de ces taches par l'ammoniaque, et en saturant ensuite ce dernier liquide par un acide, on obtint 0,05 de chlorure d'argent sec.

On comprendra aisément d'après cela que si on avait pu analyser toutes les matières vomies, on aurait obtenu une grande quantité de chlorure d'argent. F. R.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ANGLAIS.

Hémorrhagie utérine avec issue du sang dans l'abdomen à travers la trompe de Fallope.—Compte-rendu de l'hôpital des varioleux de Londres. — Du gonflement des amygdales avec déformation de la poitrine. — Emploi de l'emplâtre de belladone. — De l'asphyxie par la vapeur de charbon.— Asphyxie par le gaz hydrogène carboné. — Empoisonnement par l'acide hydrochlorique. — De la narcotine comme succédanée de la quinine.

I. — *Hémorrhagie utérine dans laquelle le sang s'est fait jour dans la cavité abdominale à travers la trompe de Fallope.* — Le docteur W.-F. Barlow a communiqué, à la Société médico-chirurgicale de Londres, le fait suivant : Une jeune femme de vingt-deux ans, ayant avorté au sixième mois de sa grossesse, éprouva une hémorrhagie considérable, puis un *purpura hæmorrhagica* qui amena la mort cinq jours après l'accouchement. A l'ouverture du corps on trouva beaucoup de sang épanché dans l'abdomen et en partie coagulé, et quelques caillots sortaient par l'extrémité dentelée de la trompe; d'où l'auteur conclut que le sang accumulé dans le ventre y a pénétré par les trompes. Il soumet à l'examen de la Société l'une des trompes. On voit sortir de son extrémité libre un caillot lobulé. L'utérus était moins volumineux qu'il ne l'est habituellement une semaine après l'accouchement, et un caillot sanguin occupe en partie la cavité du col. Une considération que le docteur Barlow fait valoir en faveur de son opinion, c'est que l'hémorrhagie

utérine a précédé l'apparition du purpura, et que le sang est liquide dans tous les autres organes, tandis qu'il est coagulé dans les trompes et dans le ventre. Il s'est donc échappé à une époque où ce liquide n'avait pas encore éprouvé l'altération qui se remarquait partout ailleurs.

Sir B. Brodie rapporte qu'il y a plusieurs années il a donné des soins à une jeune fille, chez laquelle existait une imperforation du vagin : une grande quantité de sang s'était accumulée dans l'utérus. La membrane du vagin fut perforée au moyen d'un trocart, et une quantité fort considérable de sang noir et grumeleux s'échappa. Bientôt après le malade succomba, et à l'autopsie on trouva épanché dans l'abdomen du sang en tout semblable à celui qui avait été retiré de l'utérus.

Le docteur E. Wilson croit que l'examen attentif de la pièce pathologique n'est pas en faveur de l'explication proposée par le docteur Barlow. En effet, la trompe est renflée dans sa moitié externe, tandis que la partie la plus rapprochée de l'utérus ne présente aucune dilatation, et que son canal est à peine assez large pour admettre un crin. Il est plus porté à voir là une congestion circonscrite de la muqueuse qui revêt la trompe, congestion accompagnée d'épanchement de sang, phénomène en tout semblable à celui que l'on a occasion d'observer dans l'utérus.

(*Lancet*, 23 novembre 1839.)

II. — *Compte rendu de l'hôpital des varioleux de Londres, pendant l'année* 1838 ; par le docteur G. Grégory, médecin de cet établissement. — Le nombre des malades admis pendant l'année a été de 712, dont 416 étaient du sexe masculin, 296 du sexe féminin.

17 n'avaient pas la variole. (Lichen, rougeole, etc.)
695 ont eu la variole sous une de ses formes.

Sur ce nombre, 187 ont succombé ; c'est dans la proportion de 27 sur 100.

Parmi les 695 individus atteints de variole, 302 avaient été vaccinés dans leur enfance : 30 sont morts ; proportion 10 sur 100.

Les autres 393 n'avaient point été vaccinés : il en mourut 157 ; proportion de la mortalité, 40 pour 100.

Il ne se présenta aucun malade qui eût précédemment été inoculé (1).

En 1781, dans le même hôpital, les admissions avaient été de 646 malades, sur lesquels 257 moururent; ce qui fait une proportion de 40 pour 100, c'est-à-dire égale à celle que nous avons observée en 1838 pour les sujets non vaccinés.

Si la même proportion dans la mortalité avait existé pour tous les malades admis, le total des morts aurait été de 277. En 1838, il y a donc eu 90 individus sauvés qui eussent péri en 1781. Et, bien qu'on puisse attribuer une partie de ce résultat aux améliorations introduites dans la disposition de l'hôpital, on doit l'attribuer surtout à la *vaccine*. Même aujourd'hui, l'hôpital laisse beaucoup à désirer. Dans les mois de mars et d'avril, on vit paraître le typhus dans les selles, par suite de l'encombrement, et 12 individus succombèrent à cette affection : 6 vaccinés et 6 non vaccinés. Ce qui réduit les cas de mort, par la variole après la vaccination, à 24, ou à 8 sur 100.

Des 302 malades atteints de la variole après une vaccination antérieure, 97 eurent la maladie sous la forme la plus légère, connue sous le nom de *varioloïde*. Les autres 205 la présentèrent à différents degrés de gravité, depuis la va-

(1) On sait que la pratique de l'inoculation est encore extrêmement répandue en Angleterre.

riole bénigne la plus discrète, jusqu'à la variole confluente la plus maligne.

On éprouva nécessairement, dans quelques cas, de grandes difficultés pour déterminer ceux qui avaient été réellement vaccinés, et ceux qui prétendaient à tort l'avoir été. Les cicatrices furent dans ces cas notre principal guide; mais quelquefois ce moyen nous échappa, le bras du malade étant tuméfié ou déjà couvert par l'éruption.

Il y eut aussi parfois quelque difficulté pour les individus qui prétendaient n'avoir jamais été vaccinés. La forme très-modifiée de la variole fournissait une forte présomption de vaccination antérieure, ce que l'aspect du bras tendait aussi à faire croire. On peut donc admettre que les erreurs qui ont pu se glisser dans ces deux catégories peuvent être considérées comme se contrebalançant.

La moyenne de l'âge de tous les malades vaccinés et non vaccinés est 21 ans. 79 enfants non vaccinés furent reçus au-dessous de 10 ans ; 31 moururent : parmi les vaccinés, 5 seulement avaient le même âge, aucun ne succomba.

L'âge le plus jeune auquel fut reçu un sujet vacciné est 8 ans.

L'âge le plus jeune auquel mourut un sujet vacciné est 15 ans.

Entre 10 et 20 ans, on reçut 246 sujets non vaccinés ; 90 succombèrent.

Entre 20 et 40 ans, 181 sujets non vaccinés ; 86 morts, ou près de moitié.

La gravité croissante de la maladie, à mesure que l'âge des sujets augmente, se remarque également chez les sujets vaccinés. De 15 à 19 ans, sur 92 malades, 6 morts (à peu près 6 pour 100). De 20 à 30 ans, 163 malades, 23 morts (15 pour 100).

La grande majorité des individus vaccinés étaient entre 18 et 24 ans.

13 sujets déjà vaccinés avaient de 31 à 35 ans ; 1 mort.

4 avaient plus de 35 ans ; ils guérirent.

Le plus grand nombre des vaccinés avaient été soumis à cette opération dans leur première enfance ; peu de nos malades pouvaient se rappeler le fait par eux-mêmes.

La plupart avaient été vaccinés à la campagne, et ne présentaient qu'une seule cicatrice au bras.

Tableau par âge des individus entrés à l'hôpital des varioleux pendant l'année 1838.

AGE.	NON VACCINÉS.		VACCINÉS.	
	ENTRÉS.	MORTS.	ENTRÉS.	MORTS.
Au-dessous de 5 ans	42	20	0	0
De 5 à 9	37	11	5	0
De 10 à 14	30	08	25	0
De 15 à 19	103	32	92	6
De 20 à 24	113	50	108	15
De 25 à 30	45	23	55	8
De 31 à 35	12	7	13	1
Au-dessous de 35	11	6	04	0
TOTAL	393	157	302	30

(*London Medico-Chirurgical Transactions*, 2e série, vol. IV, 1839.)

III. — *Remarques sur le gonflement des amygdales, accompagné de certaines difformités de la poitrine;* par le docteur J.

(1) Dont 6 morts du typhus.

Mason Warren, de Boston. — En 1827, Dupuytren a publié, dans le *Répertoire d'anatomie* de M. Breschet, un mémoire *sur la dépression latérale des parois de la poitrine*, chez les enfants, accompagnée d'une saillie proportionnelle du sternum et d'une courbure antéro-postérieure de la colonne vertébrale. Une partie des malades observés par l'illustre chirurgien étaient scrofuleux et avaient en même temps un gonflement des amygdales.

Les symptômes indiqués par Dupuytren comme accompagnant cette maladie, sont une brièveté habituelle de l'haleine et de la difficulté dans la parole. Chez les jeunes enfants, il y a beaucoup de difficulté pour prendre le sein, à cause de la suffocation qui survient dès que le mamelon a été embrassé par la bouche pendant quelque temps. Pendant le sommeil la bouche reste ouverte et la respiration est bruyante, le sommeil fréquemment interrompu par des songes effrayants et par des cris.

En 1827, peu après la publication du mémoire du chirurgien de l'Hôtel-Dieu, M. Coulson, de Londres, fit connaître quelques cas semblables à ceux de Dupuytren et ajouta trois faits, qui lui étaient propres, comme exemples d'une difformité de la poitrine non encore décrite. Il s'agit d'enfants chez lesquels le sternum est enfoncé ou concave antérieurement, les côtés de la poitrine sont très-saillants, et la colonne vertébrale très-peu modifiée dans ses courbures. Cette forme est plus rarement congénitale que la précédente et s'observe fréquemment chez les individus débiles, à poitrine étroite, qui se tiennent très-courbés. Les symptômes sont les mêmes que pour la forme signalée plus haut. Dans les trois cas de M. Coulson, et dans trois des quatre cas de Dupuytren, il y avait gonflement des amygdales; mais dans aucun l'excision des amygdales ne fut pratiquée, bien que pour un malade ou deux il soit dit que les tonsilles étaient assez vo-

lumineuses pour remplir presque complètement le fond de la gorge.

Depuis deux ans, le docteur J.-M. Warren a rencontré dans sa pratique vingt cas d'hypertrophie des amygdales pour laquelle il jugea convenable de pratiquer l'excision. De ces 20 malades, 15 étaient des enfants au-dessous de 12 ans, et parmi eux, 11 avaient une déformation plus ou moins considérable de la poitrine, consistant pour le plus grand nombre en une projection en avant des cartilages costaux, avec excavation considérable du sternum. La plupart de ces sujets avaient une constitution scrofuleuse. Quel est le rapport qui existe entre l'hypertrophie des amygdales et la déformation de la poitrine? Celle-ci dépend-elle de la constitution scrofuleuse des sujets, ou est-elle le résultat de l'obstacle au passage de l'air à travers l'isthme du gosier? C'est ce dont le docteur Warren n'a pu s'assurer, les rapports des parents sur l'époque précise où a commencé la déformation n'étant point assez précis. On ne peut cependant méconnaître la fréquente coexistence de ces deux maladies, et l'auteur remarque qu'après l'excision des amygdales on ne voit plus la déformation thoracique faire des progrès; elle tend plutôt à diminuer. Cette opération, toujours exempte de danger, procure un soulagement si marqué et si immédiat, qu'on ne doit pas se dispenser d'y avoir recours.

(*American journal of the medical sciences. August.* 1839.)

IV. — *Emploi de l'emplâtre de belladone dans les cas de palpitations nerveuses.* — Le docteur Seccipson fait appliquer cet emplâtre sur la région du cœur pour calmer les violentes palpitations, et le docteur Laycock dit avoir retiré de grands avantages de cette pratique. Il assure que l'emplâtre de belladone guérit l'irritation nerveuse de la vessie et du rectum. Dans ces cas l'emplâtre doit être fait avec l'ex-

trait pur, étendu sur du linge ou de la peau et appliqué humide au sacrum ou au périnée. Cependant il préfère, dans les cas d'irritabilité de la vessie, un emplâtre narcotique fait avec de l'opium en poudre et du cérat savonneux. Un pareil épithème suffit quelquefois pour mettre le malade en état de ne pas uriner une seule fois pendant la nuit.

(*London medical Gazette.*)

V. — *De l'asphyxie par la vapeur du charbon;* par GOLDING-BIRD, M.-D. — L'auteur de ce travail met en doute que l'acide carbonique soit la seule substance délétère qui se produise pendant la combustion du charbon de bois. Ce doute est appuyé par le fait suivant rapporté par Sobernheim : Un appartement dans lequel on avait trouvé plusieurs individus asphyxiés, et qui avait été débarrassé de l'acide carbonique au moyen d'aspersion d'eau de chaux et de la suspension des draps trempés dans le même liquide, n'en produisit pas moins tous les accidents ordinaires de l'asphyxie, par la vapeur du charbon, sur des personnes qui y entrèrent. M. Orfila a reconnu que du charbon qui brûle lentement produit de l'acide carbonique, de l'air atmosphérique, de l'azote et de l'hydrogène carboné, tandis que lorsque la combustion est active, il ne se dégage pas d'hydrogène. Feu le docteur Babington pensait que la présence de l'hydrogène carboné ajoutait beaucoup aux fâcheux effets de la vapeur du charbon : on sait, en effet, que la vapeur provenant d'une combustion lente est beaucoup plus dangereuse que celle qui est le produit d'une combustion rapide. Le docteur Bird n'adopte pas cependant cette manière de voir; car l'hydrogène carboné existe souvent en grande proportion dans l'air des mines, sans que les mineurs éprouvent aucun inconvénient de respirer une atmosphère ainsi viciée. Si l'on fait brûler des charbons dans un espace

rétréci, non-seulement l'air est vicié par l'addition de l'acide carbonique, mais aussi par la soustraction d'une partie de son oxigène qui s'est combinée avec le carbone, pour former l'acide carbonique, en sorte que l'air contient plus d'azote et moins d'oxigène que dans l'état normal.

On a reconnu qu'il n'était pas besoin d'une forte proportion d'acide carbonique pour produire une asphyxie mortelle. De petites quantités de ce gaz, bien que ne déterminant d'abord aucune sensation pénible chez les personnes qui le respirent, suffisent cependant pour causer des accidents graves et même mortels, dans un espace de temps qui varie entre quelques minutes et quelques heures. Dans beaucoup de cas d'asphyxie suivie de mort, les personnes qui les premières sont entrées dans la chambre ont pu sans inconvénient respirer cette atmosphère impure.

Le docteur Bird rapporte deux cas où des symptômes alarmants furent produits par l'inspiration d'un air vicié par la vapeur de charbon. M. *** s'enferma dans son cabinet chauffé par un des poêles brevetés de Joyce. Au bout d'une heure, il éprouva de la céphalalgie accompagnée d'étourdissements; ces symptômes l'engagèrent à ouvrir la fenêtre, et ils ne tardèrent pas à disparaître. La fenêtre refermée, il se remit à l'étude; mais au bout d'une heure il se sentit si sérieusement indisposé qu'il fut obligé de quitter l'appartement. Il avait une céphalalgie intense avec un sentiment de constriction aux tempes et au front; les pupilles étaient largement dilatées et étaient peu sensibles à l'action de la lumière; il y avait des bourdonnements d'oreilles; le pouls à 120 était petit et régulier; la figure très-pâle et les lèvres livides, les extrémités froides, les mains légèrement violacées, la respiration laborieuse et irrégulière, et la prostration des forces telle, que la station

était impossible. Une émission sanguine et quelques stimulants procurèrent la guérison.

Le second cas était de nature plus alarmante. L'église de Doconham était chauffée par deux poêles brevetés de Joyce. Deux dimanches de suite ils furent allumés sans produire d'accident. Mais comme ils ne chauffaient pas suffisamment, on eut soin de faire brûler une plus grande quantité de charbon. Au milieu du service du matin, une dame se sentant oppressée demanda qu'on ouvrît une fenêtre. Bientôt on fut obligé de faire sortir quelques enfants qui étaient indisposés. Bientôt madame O... fut prise de céphalalgie et de vertige. Une autre dame fut prise des mêmes accidents qu'elle avait, disait-elle, déjà éprouvés les deux dimanches précédents. Madame B. fut emportée de l'église sans connaissance, ainsi qu'une autre jeune dame. Mademoiselle W. éprouva un sentiment de constriction à la gorge et à la tête. Elle essaya de sortir, mais ne put se tenir droite : on fut obligé de l'emporter. Elle garda le lit jusqu'au lendemain, se plaignant de céphalalgie et de battements dans la tête. Par suite de ces accidents, le prêtre fut obligé d'interrompre le service divin. Environ soixante-dix personnes furent affectées à différents degrés.

Le docteur G. Bird donne ensuite deux observations d'asphyxie mortelle par la vapeur du charbon, observations qui n'offrent pas assez d'intérêt pour que nous les rapportions ici.

L'auteur donne ensuite une description très-étendue des symptômes causés par l'inspiration de la vapeur du charbon en combustion, des phénomènes extérieurs qu'elle produit, et enfin des altérations anatomiques qui en sont le résultat. Cette description est faite d'après les observations publiées par les auteurs qui ont écrit sur ce sujet. Deux tableaux y sont annexés, l'un indiquant l'aspect extérieur du cadavre dans presque tous les cas consignés dans la science, l'autre

les altérations anatomiques rencontrées à l'autopsie. Voici en abrégé les caractères propres à ce genre d'asphyxie :

Le corps est couvert de taches bleuâtres, rougeâtres ou violacées ; elles sont plus nombreuses aux parties déclives. Les yeux conservent leur aspect brillant, et les pupilles sont toujours dilatées. Les traits du visage conservent l'aspect d'un sommeil tranquille ; la moindre distension des traits est extrêmement rare. On ne peut accorder aucune valeur à la rigidité ou à la flaccidité des membres, non plus qu'à la perte lente de la chaleur, ni à la lividité ou à la pâleur de la face. Les caractères indiqués sont les seuls constants.

A l'autopsie, les vaisseaux et les sinus du cerveau sont constamment gorgés de sang ; il y a accumulation de sérosité au-dessous de l'arachnoïde ou dans les ventricules cérébraux. Le sang peut être rouge ou noir, fluide ou coagulé. Épanchement de sérosité rougeâtre dans le péricarde et dans les plèvres ; mais l'aspect des poumons est fort variable et n'offre aucun caractère de quelque valeur. Le ventricule gauche du cœur et les gros vaisseaux sont habituellement vides. La muqueuse du larynx et de la trachée est souvent rouge et couverte d'écume ; quelquefois cependant elle est pâle.

Tels sont les seuls caractères que le docteur Bird considère comme pathognomoniques de l'asphyxie par la vapeur du charbon. Diverses autres altérations peuvent encore se rencontrer, mais elles ne sont pas assez fréquentes pour avoir quelque importance.

(*Guy's Hospital Reports*, n° VIII, 1839.)

VI. — *Observation d'asphyxie mortelle par le gaz hydrogène carboné* ; par F.-P. FEALE. — Le 21 décembre 1838, une forte odeur de gaz fut sentie dans la chambre à coucher et dans une chambre voisine d'une maison habitée par une vieille dame et sa petite-fille : celle-ci étant entrée le soir dans la cham-

bre avec une lumière, il se produisit une forte explosion. Un des employés de la société du gaz, ayant été appelé, assura qu'il n'y avait aucun danger, et que la fuite du gaz était complétement arrêtée. D'après cette assurance, la vieille dame et sa petite-fille allèrent se coucher. Le lendemain les voisins ne les voyant pas paraître comme à l'ordinaire s'alarmèrent, et firent enfoncer la porte. Une forte odeur de gaz d'éclairage se fit sentir. On trouva dans la chambre à coucher madame B. étendue dans son lit, couchée sur le côté droit et en apparence endormie : mademoiselle W. était couchée sur le ventre. Les couvertures étaient à peine dérangées. Le corps de la vieille dame était froid et rigide, celui de la jeune fille encore chaud, mais ne donnant aucun signe de vie ; la rigidité ne tarda pas à s'établir.

Dans la soirée on fit l'autopsie des deux cadavres.

Mademoiselle W., âgée de vingt-deux ans. La surface du corps est remarquablement pâle et exsangue, excepté au dos et au cou où existent quelques plaques d'un rouge vif. Les traits de la figure sont paisibles ; les lèvres et les paupières entr'ouvertes, les pupilles un peu dilatées. Ni gonflement, ni lividité de la face ou du cou. Le corps était dans un état de rigidité complète. Il n'y avait aucun écoulement par la bouche ni par le nez.

Il n'existait pas de congestion remarquable des membranes du cerveau ; la substance de cet organe était ferme, et le sang qui s'écoulait d'un grand nombre de points de la surface incisée était fluide et d'un rouge vif. Les ventricules contenaient environ une once et demie de sérosité transparente, mais il n'y en avait pas à la base du cerveau. La moelle épinière non plus que les membranes n'étaient plus injectées que dans l'état naturel.

Tous les tissus du corps étaient pâles et exsangues : les vaisseaux des téguments, du cœur, de l'estomac, des intes-

tins, de l'épiploon et des mésentères étaient presque vides. Partout le sang était très-fluide, et pour la couleur semblait tenir le milieu entre le sang artériel et le sang veineux. Les poumons moins crépitants que dans l'état naturel étaient infiltrés de sérosité ; la muqueuse bronchique était rouge. La muqueuse de l'estomac, épaissie, se détachait facilement ; celle de l'intestin grêle était rouge et injectée, et présentait dans quelques points de petites ecchymoses. La vessie contenait environ une demi-once d'un liquide blanc et opaque. Tous les autres organes étaient sains.

Madame B.... âgée de soixante ans. — Les organes étaient dans un état presque en tout semblable à ceux observés dans le cas précédent. Les seules différences étaient une accumulation assez considérable de sérosité à la surface du cerveau, tandis que les ventricules étaient vides, et la présence dans le tube intestinal de gaz composés d'acide carbonique, d'hydrogène carboné et d'azote.

M. Jeale s'efforce d'expliquer l'absence des lésions ordinairement observées dans les cas d'asphyxie, en supposant que l'hydrogène carboné était fort étendu et a agi très-lentement.

(*Guy's hospital Reports*, n° VIII, 1839.)

VII. — *Observation d'empoisonnement par l'acide hydrochlorique.* — Le sujet de cette observation est un homme de quarante ans, fabricant de ouate, nommé Frédéric York. Le 17 octobre 1839, il acheta chez un droguiste pour quelques sous d'acide hydrochlorique qu'il mit dans une petite fiole. Vers deux heures et demie de l'après-midi, il dit à ses compagnons de travail qu'il se sentait indisposé, et exprima le désir de retourner chez lui ; il quitta son ouvrage et se rendit à son logement, distant d'environ un quart de

lieue. En y arrivant, il dit à une femme qu'il avait pris du poison, et se plaignit beaucoup de douleurs dans la gorge et à l'estomac. Cette femme crut qu'il plaisantait, et lui dit d'aller se coucher dans la chambre voisine. En essayant de s'y rendre, il tomba et se blessa à la tête. On le releva, et ses amis l'amenèrent à l'hôpital de Londres. Le pharmacien lui fit prendre aussitôt de la magnésie, du lait et les autres remèdes employés en pareil cas, mais sans succès. Il continua à se plaindre de douleurs excessives à la gorge et à l'estomac, et demandait fréquemment de l'eau à boire. Arrivé à l'hôpital à cinq heures du soir, il mourut le lendemain à cinq heures du matin, après douze heures d'horribles souffrances. Peu d'instants avant sa mort, il dit à sa femme qu'il avait pris de l'*acide muriatique*, et c'est ce qu'il répondit à toutes les personnes qui lui demandèrent ce qu'il avait avalé.

Autopsie neuf heures après la mort. — Adhérences pleurétiques des deux côtés ; cœur un peu volumineux; hypertrophie du ventricule gauche; foie de couleur noirâtre, et vésicule très-distendue par de la bile : elle est d'un jaune brillant, excepté dans un point d'environ neuf lignes de diamètre où elle était en contact avec l'estomac : là elle avait une couleur verte très-prononcée. L'estomac était très-distendu, d'une couleur plombée, et ses vaisseaux gorgés de sang noir. Le péritoine était fort injecté, et sur toute la surface péritonéale des intestins on remarquait de petits dépôts de fausse membrane. Ayant enlevé l'estomac et l'œsophage, on vit que l'épithélium de ce dernier avait été enlevé, et que la muqueuse était attaquée. Les membranes de l'estomac étaient fort altérées, et dans plusieurs points il ne restait que le péritoine. En l'enlevant, il se fit une déchirure, et l'on recueillit environ six onces d'un liquide sale et jaunâtre, qui spon-

tanément se coagula en masse au bout de dix minutes. Toute la face interne de l'estomac était recouverte d'une couche épaisse, jaunâtre, produite probablement par la coagulation du caséum du lait que l'on avait administré ou de quelques autres substances albumineuses. Au-dessous de cette couche la surface de la muqueuse était noirâtre, mais d'une manière inégale, et semblait escharifiée, surtout près des orifices cardiaque et pylorique, et dans le grand cul-de-sac. Cette couleur noire se prolongeait dans toute l'étendue du duodénum, surtout à la partie saillante des valvules conniventes, tandis que leurs intervalles étaient colorés en jaune verdâtre par de la bile. Dans le jejunum, dans l'étendue d'un pied et demi environ, on observait çà et là des plaques de même couleur.

L'examen des matières contenues dans l'estomac ne put faire reconnaître la présence de l'acide hydrochlorique. Le liquide que la pression put séparer du coagulum ne donna aucune indication d'acidité au papier de tournesol, et le nitrate d'argent n'y détermina aucun précipité, non plus que dans de l'eau distillée dans laquelle on fit macérer l'estomac; phénomène, au reste, qui a été déjà indiqué par plusieurs toxicologistes, comme se présentant dans d'autres empoisonnements par des acides concentrés.

(*London medical Gazette*, november 15, 1839.)

VIII. — *De la narcotine comme succédanée de la quinine.* — De nombreuses expériences ont récemment été faites dans l'Inde pour s'assurer si quelques médicaments indigènes ne pouvaient remplacer certaines substances médicamenteuses importées à grands frais. La narcotine employée pour remplacer la quinine a été expérimentée sur une grande échelle et a fourni les résultats les plus satisfaisants. La narcotine fut mise en usage sous forme d'hydrochlorate

et administrée par dose de trois grains. On rapporte nombre de cas où deux à quatre doses de narcotine ont suffi pour guérir des fièvres intermittentes qui avaient résisté au sulfate de quinine, à l'arsenic, à la *cæsalpinia bonducella* et à d'autres fébrifuges indigènes.

Le docteur Stewart, de Calcutta, après avoir énuméré les guérisons opérées par cette substance, se croit autorisé à en tirer les conclusions suivantes :

1° A petite dose, elle est antipériodique, lorsqu'on la donne pendant l'intermittence, quelques heures avant l'accès ;

2° A la dose de dix grains, elle est puissamment et rapidement calmante, sudorifique et antipériodique ;

3° A cette dose, elle n'accélère point le pouls et n'exalte pas la sensibilité du système nerveux ; elle ne s'oppose pas à l'action des autres médicaments ; elle ne cause pas de constipation, ne produit jamais ni étourdissements ni céphalalgie ; elle ne détermine point de congestions locales, que les organes soient sains ou malades ;

4° Elle excite toutes les sécrétions et paraît agir uniformément et généralement sur tout le système capillaire, sans affaiblir les forces vitales, qu'elle tend plutôt à soutenir ;

5° Elle agit de même appliquée sur le derme dénudé.

Le docteur O'Sanghnessy observe que l'hydrochlorate de narcotine possède des propriétés fébrifuges et antipériodiques fort énergiques, mais qu'elle ne produit pas le narcotisme, qu'elle ne constipe point et ne détermine jamais dans les cas de fièvre cette céphalalgie insupportable et cette agitation qui suivent souvent l'administration de la quinine, et en rendent si souvent l'usage incertain, sinon absolument dangereux. La narcotine est de plus un puis-

sant sudorifique, peut-être le seul que nous connaissions, et qui ne cause ni nausée ni agitation.

(*Quarterly Journal of the Calcutta medical and physical society.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Novembre 1839.)

Les séances de l'Académie des sciences ont été complétement étrangères aux sciences médicales pendant le mois de novembre.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

(Novembre 1839.)

Discussion sur la localisation de l'organe du langage.— Rétrécissements de l'urètre. — Nouveau système de pompes et seringues, par M. Charrière. — Enfant portant deux verges. — Ophthalmie belge.— Extirpation d'une corne sur le front d'une vieille femme.

Séances des 29 octobre, 5 et 12 novembre 1839. — *Localisation de l'organe du langage.* — M. Bouillaud lit un long travail sur l'exposition de nouveaux faits qui, suivant lui, localisent dans les lobes antérieurs du cerveau le principe moteur de la parole.

M. Bouillaud qui, comme on le sait, s'est constitué un des défenseurs de la phrénologie, communiqua, il y a plu-

sieurs années, le résultat de ses recherches sur ce sujet. Soixante-quatre observations, plus ou moins concluantes, lui avaient fait placer l'organe du langage dans les lobes antérieurs du cerveau, ainsi que Gall l'avait déjà fait avant lui. Depuis lors, des objections nombreuses ont été faites à cette doctrine; aussi M. Bouillaud vient aujourd'hui, armé de nouveaux faits qui lui paraissent très-concluants, répondre aux objections qui lui ont été faites par MM. Cruveilhier, Andral, Lallemand, et qu'il prétend être trop peu probantes pour détruire ses assertions. Suppléant, en quelque sorte, à l'insuffisance des preuves par l'ardeur de sa conviction, M. Bouillaud affirme de nouveau la doctrine qu'il affectionne, et se croit suffisamment autorisé à maintenir ses premières conclusions, à savoir : que la faculté du langage a son siége dans les lobes antérieurs du cerveau.

M. Rochoux fait observer que de nombreux faits ont constaté que la parole était restée intacte avec la lésion des lobes antérieurs, *et vice versa*. Un certain nombre de faits, dit-il, sembleraient appuyer l'assertion de M. Bouillaud; mais les faits exceptionnels recueillis en presqu'aussi grand nombre les rendent insuffisants pour appuyer sa doctrine.

M. Cruveilhier : Messieurs, la faculté du langage a-t-elle un siége dans le cerveau, et ce siége est-il dans les lobes antérieurs? telle est la question grave qui s'agite aujourd'hui devant vous. Elle n'est point spéciale, limitée, comme on pourrait le croire; mais elle renferme le grand problème de la pluralité des organes, que croit résoudre la phrénologie. S'il était démontré que chaque faculté dans le cerveau a un siége spécial, la phrénologie serait justifiée, on n'aurait plus qu'à chercher le siége qu'occupe chaque organe, et à s'entendre sur ce point (chose qui ne serait pas facile). Que si, au contraire, nous venons à démontrer aujourd'hui que la faculté du langage n'a pas un siége plus spécial dans le

cerveau que l'instinct de l'amour physique dans le cervelet, que l'instinct carnassier dans telle portion des hémisphères, alors la doctrine se trouvera gravement compromise.

Or, je viens soutenir aujourd'hui, comme en 1825, que les lésions de la parole ne surviennent pas plutôt par suite de telle lésion cérébrale que de telle autre, mais qu'elles ont lieu dans toutes les grandes altérations du cerveau; je démontrerai: 1° que les lobes antérieurs peuvent être lésés, la faculté de la parole restant intacte; 2° que l'articulation des sons peut être impossible alors que les lobes antérieurs sont parfaitement sains.

Gall et Spurzheim, qui eurent les premiers l'idée de placer dans ce point de la masse encéphalique l'organe du langage, y furent conduits par des inductions vagues, en ayant égard, non à des faits positifs, revêtus d'un caractère scientifique, mais à ce qu'on pourrait appeler de simples histoires; M. Bouillaud, le premier, vint appuyer sur des faits cette opinion formée *à priori*, et chercher à lui donner expérimentalement une démonstration; il consulta les résultats que la nature lui mettait sous les yeux dans les maladies de l'encéphale; c'étaient des expériences toutes faites qui pouvaient lui fournir matière à induction. Mais avant d'aller plus loin, je demanderai à M. Bouillaud quelle est la portion des lobes antérieurs affectée à cette faculté; est-ce tel ou tel faisceau médullaire, telle ou telle circonvolution? et je remarquerai en passant que toute la surface cérébrale n'a pas été revêtue de fonctions spéciales par les phrénologistes: la face supérieure, les faces latérales, les extrémités des hémisphères cérébraux ont été favorisées; toute la surface inférieure, toutes les parties qui forment les parois des ventricules ont été oubliées.

Mais, relativement à la faculté qui doit nous occuper ici,

il est bon de distinguer d'abord les différents ordres de causes qui peuvent en altérer ou modifier le principe ; et pour cela il faut tenir compte comme éléments de la faculté du langage : 1° de la mémoire des choses ; 2° de la mémoire des mots ; 3° de la possibilité d'articuler les sons.

Lorsque la mémoire des choses est altérée, ce qui survient ordinairement à la suite de chutes sur la tête, de coups, de violences extérieures, ou bien après une fièvre grave, le malade est ordinairement dans l'imbécillité, les facultés intellectuelles sont en grande partie altérées ; cela, toutefois, est plus fréquent que la perte isolée de la mémoire des mots. Ces derniers sont liés aux idées par une association intime : nous n'avons presque jamais l'idée sans le signe ; mais comme dans le fond cette union est toute conventionnelle, elle peut ne pas exister, le signe peut manquer à la pensée ; les observations de ce genre sont assez nombreuses ; enfin, la mémoire des idées et des mots peut être conservée, les mouvements de la langue relatifs à la déglutition, à la gustation, intacts, et ceux nécessaires à la phonation perdus. Le malade comprend les questions qu'on lui adresse, il se ressouvient de ce qu'il a vu et entendu, mais il lui est impossible de rien articuler. A ce sujet, dit M. Cruveilhier, je pourrais rapporter plusieurs faits, et entre autres celui d'une femme hémiplégique, qui, pendant long-temps, avait tout-à-fait perdu la faculté d'articuler le nom de son mari, et qui cependant avait conservé la mémoire des choses et des mots.

Quant au siége des lésions cérébrales trouvées dans des cas de ce genre, je sais qu'il a souvent occupé les lobes antérieurs ; mais ce que je ne saurais admettre, c'est que la coïncidence ait été constante ; je pourrais citer un grand nombre de faits contre l'opinion de M. Bouillaud ; mais ils sont trop connus pour y insister ici.

Quant aux cas dans lesquels les lobes antérieurs se trouvaient altérés, ou même manquaient tout-à-fait, je pourrais en rapporter quelques-uns aussi. M. Bouillaud dira que ce sont des faits sans valeur, puisque l'un des côtés du cerveau seulement se trouvait malade, l'autre pouvant encore fonctionner seul, les organes étant doubles; mais j'invoquerai la même duplicité d'organes dans les cas de M. Bouillaud où la lésion de la fonction se trouvait, suivant sa théorie, en rapport avec l'altération de l'organe.

J'ai rapporté, dans la huitième livraison de mon Anatomie pathologique, l'histoire d'une idiote à laquelle manquaient les lobes antérieurs du cerveau, et qui pourtant ne présenta aucune altération dans la faculté du langage.

Dans une observation citée par M. Bérard aîné, les lobes antérieurs étaient réduits en bouillie; la malade articula jusqu'à la fin, sans que la faculté du langage ait souffert la moindre atteinte.

Je pourrais facilement prouver par des faits que toute lésion cérébrale peut amener une altération dans la faculté d'articuler des sons. Ainsi chez une hémiplégique, il existait une difficulté invincible d'articuler les sons, en même temps que les mouvements de la langue et du pharynx se trouvaient gênés pour la déglutition; aucune parole ne pouvait être prononcée. Cependant l'intelligence était pleine et entière; la malade ne pouvait exprimer ses idées que par des gestes et le plus souvent par des larmes et des sanglots; elle finit par succomber. A l'autopsie, on trouva les lobes antérieurs parfaitement sains; la protubérance annulaire avait été malade; on y retrouvait une cicatrice que j'ai fait représenter dans la vingt-unième livraison des planches d'anatomie pathologique. Faudrait-il conclure de ce fait et d'autres analogues, dans lesquels une lésion de la protubérance a existé en même temps que la possibilité d'articuler

les sons était détruite ; faudrait-il conclure, dis-je, que le principe coordinateur de la parole réside dans la protubérance annulaire ?

Mais dans un autre cas, où les lobes antérieurs étaient sains, c'était à la convexité des hémisphères que le cerveau offrait une altération pathologique.

Ailleurs, avec la même impossibilité d'articuler les sons, je constatai une lésion de la partie externe du corps strié seulement.

Chez un autre malade la destruction portait sur la couche optique et une portion du corps strié ; le lobe antérieur n'était point malade.

Dans une quatrième observation, le corps strié se trouvait en grande partie remplacé par des cicatrices denses.

Chez un cinquième malade, privé encore de la faculté d'articuler les sons, la lésion cérébrale portait à la fois sur plusieurs circonvolutions de l'hémisphère droit, sur les corps striés et le cervelet; rien encore ne se trouvait dans les lobes antérieurs.

De ces faits, nous pouvons rigoureusement conclure, je crois:

1° Qu'il n'est pas démontré que la faculté du langage ait un siége spécial dans le cerveau, et encore moins que ce siége soit dans les lobes antérieurs;

2° Que toute altération profonde, quel que soit son siége dans le cerveau, a pour résultat la lésion de l'articulation des sons;

3° Que la pluralité d'organes cérébraux ne saurait être démontrée, ni en particulier le siége spécial de la faculté du langage.

M. Castel : Parmi les erreurs et les subtilités qui ont envahi la physiologie, il en est un grand nombre qui viennent de ce que les attributions générales de l'encéphale et du sys-

tème nerveux ont été méconnues, de ce que la sensibilité ou l'innervation a été envisagée d'une manière abstraite et indépendamment des stimulants qui la mettent en action, de ce qu'on a supposé que la même somme d'innervation qui suffit à l'exécution des fonctions de la vie intérieure pouvait suffire aux actes de la vie de relation, qu'elle était la même pour chacun des organes de la vie de relation.

Cette dernière considération trouvera une application dans la question qui nous occupe : selon notre collègue, M. Bouillaud, la faculté de parler réside dans les lobes antérieurs du cerveau ; comme il y a autant de sortes d'élocutions que d'impressions, on ne saurait circonscrire le siége de la faculté de parler dans tel ou tel département de l'encéphale, sans l'isoler des impressions. Bien plus, ce serait la séparer de la volonté, à moins qu'on ne plaçât aussi la volonté dans les lobes antérieurs. Sans cette communauté de résidence, la volonté aurait à parcourir un trajet plus ou moins long pour arriver à la parole. Cet exemple prouve qu'il est impossible de localiser les facultés et les affections, à cause de leur dépendance réciproque.

M. Bouillaud présente soixante-quatre observations, dans lesquelles la lésion des lobes antérieurs a été suivie de la perte de la parole.

Pour déconcerter les chiffres de notre collègue, ses antagonistes ont opposé des faits à des faits. Nous avons vu, ont-ils dit, l'anéantissement de la parole succéder à des lésions de parties du cerveau autres que les lobes antérieurs. Jusque-là la controverse n'a point dépassé les limites d'une règle d'arithmétique. Je puis la porter sur un autre terrain et expliquer physiologiquement le phénomène soumis à notre investigation.

La faculté de parler est, de toutes, celle dont l'exercice est le plus difficile. L'homme voit, entend, goûte avant de

pouvoir parler. On voit quelquefois la langue rester impuissante jusqu'à ce que les progrès de l'âge aient donné aux forces physiques un certain développement. Dirai-je que l'homme seul exprime ses pensées, ses désirs par le langage des sons articulés; que, cependant, le cerveau des autres animaux, du moins des mammifères, offre des lobes antérieurs, comme celui de l'homme? La contexture de sa langue répond à son noble usage. Dans la répartition des nerfs le muscle a été plus favorisé que le sens, exemple unique dans l'organisme.

Dans la paralysie, le muscle est aussi plus affecté, tant il faut de puissance pour l'exercice d'une faculté qui est un privilége!

Qui de vous, Messieurs, n'a observé la succession des phénomènes de la mort? Quand est-ce que le découragement des assistants commence? Le malade ne parle plus; nous n'espérons rien; le malade ne parle plus et les sens vivent encore.

Dans la campagne de Prusse, j'arrivai dans un cantonnement au moment où un officier d'infanterie de la garde était agonisant et ne parlait point; mais il demandait qu'on lui fît prendre du tabac. Dans les descriptions que les médecins de l'antiquité nous ont laissées, ils ont noté avec un soin constant l'heure à laquelle le malade avait cessé de parler ; *obmutuit.* L'anéantissement de la parole est donc un des premiers présages de la mort dans toutes les maladies; à plus forte raison cette faculté doit-elle s'éteindre dans les lésions du cerveau, quel que soit le siége de cette lésion, à cause de l'obstacle qui s'oppose à la transmission de l'innervation. Le résultat est le même après une impression dominante, notamment dans l'effroi. Un homme aux prises avec un grand danger peut marcher; il ne peut parler. *Obstupui, steteruntque comæ, et vox faucibus hæsit...*

Notre collègue n'a point traduit physiologiquement le *vox faucibus hæsit.* Que signifie-t-il? que lorsque la sensibilité est accaparée, subjuguée par une impression, ses irradiations sont suspendues.

En résumé la faculté de parler cesse la première dans un grand nombre de maladies, principalement dans les lésions du cerveau, parce qu'elle exige plus de sensibilité, plus d'énergie vitale que l'exercice des autres facultés. Les soixante-quatre faits recueillis par M. Bouillaud ont reçu une fausse interprétation

M. Blandin admet que les faits avancés par M. Bouillaud en faveur de sa doctrine, sont concluants jusqu'à un certain point, sans avoir pourtant la valeur de preuves irrécusables; aussi pense-t-il que de nouvelles preuves sont indispensables pour établir définitivement l'opinion de M. Bouillaud. Il cite à ce sujet l'observation d'un coup de feu reçu dans la région frontale, qui suspendit l'usage de la parole chez un jeune enfant qu'il a eu dans son service à l'Hôtel-Dieu.

M. Martin Solon cite également deux cas de perte de la parole dans lesquels l'autopsie a constaté une lésion des lobes antérieurs du cerveau.

M. Gerdy, après avoir signalé l'étendue de la question débattue, ses rapports avec la phrénologie, dont elle n'est, en quelque sorte, qu'une ramification, reprend les faits contraires à l'opinion de M. Bouillaud, et en démontre toute la portée. Du reste, ajoute-t-il, nous n'avons pas besoin d'un grand nombre de faits pour appuyer ou combattre une opinion, il suffit d'un seul fait bien observé où la destruction d'un lobe antérieur aura eu lieu sans que la parole ait été lésée, pour que le système de M. Bouillaud soit renversé; et plus d'un fait peut être invoqué. Ainsi, dans cette observation, citée par M. Andral, d'un jeune homme de 18 ans qui perdit l'intelligence et la parole, tous les symptô-

mes disparurent au bout d'un certain temps; la parole fut retrouvée, ainsi que l'intelligence, et la vue, qui avait été aussi abolie. Plus tard, le malade ayant succombé après cette amélioration, qui était restée telle jusqu'à la fin, on constata que le lobe antérieur droit du cerveau présentait un ramollissement diffluent. M. Bouillaud dit que c'est un fait singulier, difficile à expliquer. Je ne cherche pas à en rendre compte, mais il n'en reste pas moins.

Dans un autre cas rapporté par M. Andral, il s'agit d'une fille de 19 ans, qui n'eut que très-tard, vers la fin de sa vie, un léger embarras dans la parole, le mouvement et le sentiment dans les membres étant abolis, et chez laquelle on trouva un ramollissement du corps strié et du lobe antérieur du cerveau ; la moitié antérieure du cerveau étant en quelque façon détruite.

Ailleurs, il s'agit du ramollissement du corps strié, la langue est simplement déviée d'un côté ; puis viennent les faits si importants de lésion des lobes antérieurs, la parole restant parfaitement libre, les cas d'atrophie ou d'absence de ces mêmes parties avec l'intégrité de cette fonction. Ces observations jettent une grande obscurité, dit M. Bouillaud; mais est-ce faire mieux que de fonder sur d'autres faits insuffisants un système qui ne peut entrer comme une vérité dans le domaine de la science? Le doute est donc nécessaire encore ; ne vaudrait-il pas mieux dire : Nous ne savons rien sur ce point de la physiologie cérébrale, pas plus que sur la localisation des facultés intellectuelles, plutôt que de tirer des conclusions sans fondement?

M. Gerdy revient sur les faits de M. Lallemand, qui a rencontré, par exemple, une altération de la substance grise du lobe moyen, dans un cas où il y avait perte de la parole : faut-il dire, avec M. Bouillaud, que la lésion du lobe antérieur avait disparu dans ce cas, qu'il devint alors im-

possible de la constater? mais ce serait faire une pure supposition.

Tout ce que prouvent les faits rassemblés par M. Bouillaud, c'est la coïncidence fréquente de l'altération du lobe antérieur avec la lésion de la parole ; mais cette coïncidence est tout-à-fait fortuite ; les exceptions sont assez nombreuses et trop bien établies pour qu'on puisse y trouver la relation nécessaire de cause à effet ; je déclare donc que je ne trouve rien de positif sur la localisation de la faculté du langage, pas plus que sur la localisation des facultés intellectuelles. Au reste, je suis sûr que la conviction de M. Bouillaud est maintenant ébranlée ; il sent qu'il a des faits plus probants les uns que les autres, il désire être attaqué sur ceux-là ; mais la vérité n'a pas de mauvaises preuves ; il avoue lui-même que toutes les objections n'ont pu être résolues ; il suffit d'un seul fait bien constaté, je l'ai dit, pour renverser tout un système.

Ici M. Gerdy combat longuement le système de la pluralité des organes ; il rappelle les faits si nombreux, soit d'observation, soit d'anatomie comparée, qui le renversent, et fait voir qu'on ne saurait, pour démontrer une opinion nouvelle, s'appuyer sur un système faux.

M. Collineau réfute les idées émises par M. Bouillaud, en s'appuyant sur l'étude du développement du cerveau dans la série animale, et sur une analyse des phénomènes intellectuels qui constituent la faculté du langage.

M. Ferrus se livre à des réflexions générales sur la physiologie de la fonction du langage, et, tout en n'admettant la phrénologie qu'avec de nombreuses restrictions, il ne s'en constitue pas moins le défenseur avec M. Bouillaud. Aussi M. Ferrus, discutant les objections adressées au système qu'il défend avec son confrère phrénologue, passe successivement en revue les faits présentés par M. Cruveilhier.

Quand les travaux anatomiques, dit-il, ont pour objet de savoir si l'organe auquel on attribue une fonction est absent ou incomplet, alors que cette fonction présente une oblitération complète ou incomplète, mais native, les faits relatifs à l'évolution organique peuvent être concluants, et personne, je crois, ne récuse la puissante portée de ces faits-là ; mais ici, encore faut-il savoir, si l'organe est double, jusqu'à quel point il peut être suppléé par son congénère, ou même par un autre organe ; il faut savoir surtout si l'absence est bien réelle, et l'on avouera que l'appréciation exacte de l'anencéphalie, par exemple, n'est pas sans difficulté.

Quand il s'agit de la destruction accidentelle et partielle d'un organe, il devient beaucoup plus difficile encore d'en tirer des conséquences relativement à l'usage de cet organe, et à l'étendue de ses fonctions. En effet, celui-ci peut être incomplètement détruit, et alors on ne saurait affirmer à quel degré de destruction son action doit nécessairement être abolie. Cette destruction, comme tous les praticiens sont à même chaque jour de l'observer, peut s'être opérée d'une manière assez graduelle pour que l'économie s'y soit en quelque sorte accoutumée. L'organe, dans ces cas, continue parfois à fonctionner, quoique profondément lésé.

Mon projet, Messieurs, était de discuter également la valeur des observations dont M. Andral a donné les résultats statistiques ; mais je ne veux pas abuser de l'attention que l'Académie a bien voulu m'accorder, et j'ai hâte de laisser à M. Bouillaud la possibilité de défendre lui-même les conclusions de son intéressant mémoire.

M. Bouillaud : Si la discussion est sortie des limites dans lesquelles j'avais essayé de la renfermer, la faute en est à ceux qui ont cherché à donner à la question une extension que je ne lui avais pas assignée d'abord ; car j'ai pour habi-

tude, on le sait, de restreindre les discussions dans un cercle bien limité.

M. Rochoux, dans les faits qu'il a invoqués contre mon opinion, n'a cité que des observations générales; il n'a pas précisé le chiffre de ses faits; il ne les a ni pesés, ni suffisamment examinés. Le fait de M. Murat dont il s'est servi contre moi prouve beaucoup en faveur de l'opinion que je soutiens. Les lésions du cerveau dans la paralysie des aliénés sur lesquelles il s'appuie sont également en ma faveur, puisque la lésion du cerveau occupe surtout sa partie antérieure; c'est là qu'existent les désordres les plus marqués; j'ai entre les mains un fait et des réflexions par M. Malherbe, ancien interne de Charenton, qui démontrent toute la valeur de cette idée. Enfin, voilà sept observations prises parmi celles que renferme l'ouvrage de M. Rochoux, et relatives à des lésions des lobes antérieurs du cerveau; dans tous les cas où l'altération de la parole a été recherchée et notée, elle existait en effet. MM. Ferrus et Cruveilhier n'ont pas compris mon opinion; ici M. Bouillaud se justifie du reproche qui lui a été adressé par M. Cruveilhier de ne s'être pas occupé de l'élément intellectuel du langage, de n'avoir cherché que la faculté de coordination; cet élément intellectuel du langage aurait peut-être son siége dans la substance grise, et le principe moteur de coordination dans la portion blanche; mais rien n'est démontré à cet égard. Je n'ignore pas que beaucoup d'autres organes ont été placés dans les lobules antérieurs; c'est là le siége de toutes les facultés dont la réunion constitue l'intelligence.

Au lieu de 64 faits, comme l'a dit M. Castel, j'en ai cité 77. Que sont, en comparaison de cela, un petit nombre de faits particuliers qui ne m'ont point embarrassé, comme l'a supposé M. Gerdy? J'ai essayé de faire voir comment on pouvait y répondre; c'est à l'Académie de décider si ma

solution est plus satisfaisante que l'interprétation qu'il en a donnée. Ici M. Bouillaud regarde la discussion comme finie; cependant il suit longuement M. Gerdy dans son examen de la phrénologie et de la partie philosophique de la question.

M. Cruveilhier ne repousse aucun des faits avancés par M. Bouillaud; seulement il soutient que des lésions d'autres parties du cerveau que les lobes antérieurs peuvent altérer la faculté du langage; des faits ont aussi montré que les lobules antérieurs pouvaient être altérés, alors que la parole était intacte; ces observations sont entourées de toutes les garanties désirables, elles ont bien aussi leur valeur. Je ne combats pas *à priori* la localisation des facultés, je reconnais l'utilité de la phrénologie, et j'apprécie les services qu'elle a rendus; je ne m'oppose à aucun progrès: mais je ne vois pas de raisons suffisantes pour mettre la faculté du langage dans une partie du cerveau à l'exclusion des autres, lorsque des faits tendent à me faire voir que l'altération d'autres parties de la masse cérébrale amène les mêmes lésions.

MM. Rochoux, Castel, Ferrus et Gerdy répondent successivement.

La discussion est close à cinq heures et quart.

SÉANCE EXTRAORDINAIRE DU 16. — La plus grande partie de la séance a été occupée par un rapport de M. Devilliers, au nom de la commission de vaccine.

Rétrécissements de l'urètre. — M. Leroy d'Étiolles fait une communication relative au traitement des rétrécissements de l'urètre qui réclament l'application des méthodes exceptionnelles, telles que la cautérisation, la scarification et la résection. Les rétrécissements cèdent pour la plupart à l'un des quatre procédés de dilatation, qui sont: la dilatation brusque et instantanée par les dilatateurs; la dila-



tation temporaire et progressive, faite pendant une heure chaque jour; la dilatation coup sur coup, qui s'accomplit en quatre ou cinq jours, et la dilatation permanente, telle que la pratiquent les disciples de l'école de Desault. Il y a des rétrécissements qui ne peuvent guérir par la dilatation, et parmi eux il en est auxquels convient la cautérisation; mais tant de manières de la pratiquer ont été proposées que le chirurgien peut être embarrassé dans le choix. M. Leroy d'Étiolles, rénovateur, et non pas imitateur servile des idées d'Ambroise Paré et de Hunter, applique le caustique directement d'avant en arrière, et quelquefois d'arrière en avant. L'expérience, dit-il, a confirmé les avantages des porte-caustiques qu'il a imaginés dans ce double but. La scarification a aussi ses applications utiles, et M. Leroy d'Étiolles a continué à perfectionner ce procédé : il montre à l'Académie un nouveau scarificateur en gomme et flexible, d'une structure fort simple. Il y a aussi des rétrécissements qui résistent à la dilatation, à la cautérisation, à la scarification et à la combinaison de ces divers moyens; ce sont les rétrécissements *fibro-vasculaires*, connus sous le nom de *calleux*, de *spasmodique*, de *turgescent*, surtout quand ils existent dans la portion spongieuse de l'urètre et qu'ils ont été cautérisés mal à propos; ceux-là, M. Leroy d'Étiolles les enlève, et parfois avec un succès durable. Il met sous les yeux de l'Académie un nouveau sécateur, avec lequel il pratique cette opération; c'est un tube, dont les trois quarts de la circonférence ont été enlevés dans une longueur de cinq à sept lignes, de telle sorte que la continuité n'est plus conservée à cet endroit que par une lame, dont les bords sont rendus tranchants; une tige mobile dans le tube, et sur laquelle ce tranchant s'applique, protège les parties saines pendant l'introduction. L'extrémité conique du sécateur ayant franchi le rétrécissement, celui-ci se trouve

compris entre les deux éminences; la tige est alors retirée; le bord tranchant est mis à nu, puis par un mouvement circulaire de va et vient combiné, le bourrelet qui forme l'obstacle est enlevé sans que le tranchant puisse aller au-delà de ce qui forme saillie sur les parois de l'urètre. La cure se complète par la dilatation.

M. Leroy d'Étiolles termine en disant que la réclamation formée l'année dernière par M. Guillon, au sujet des scarificateurs, doit être regardée comme non avenue, puisque ce médecin refuse de se soumettre à la clause pénale d'une amende à payer par celui des deux qui serait débouté de ses prét[illegible]ertio[illegible]

SÉANCE DU 19. — *Enfant portant deux verges.* — M. Ségalas présente à l'Académie un enfant qui porte deux verges; plusieurs membres pensent qu'il s'agit d'une bifidité des corps caverneux.

Nouveau système de pompes et seringues; par M. CHARRIÈRE. — M. Charrière présente au jugement de l'Académie royale de médecine diverses pompes et seringues auxquelles il a adapté un piston dont les mouvements demeurent toujours faciles, et qui pourtant ne peut jamais laisser passer l'air ni les liquides entre la surface et les parois du tube dans lequel il se meut, et qu'il remplit toujours parfaitement. Ce mécanisme très-simple et qui ne consiste que dans l'addition de deux rondelles de cuir rabattues sur une garniture élastique, est fondé sur la théorie du parachute, qui s'ouvre d'autant plus que la pression exercée à sa partie inférieure est plus grande. Cet appareil, dont la conservation demeure parfaite, même après être resté long-temps sans s'en servir, offre de très-grands avantages, surtout appliqué aux seringues d'Anel et aux pompes à ventouses, desquelles on avait si souvent à se plaindre. Enfin les divers appareils de secours pour les as-

phyxiés ont reçu un perfectionnement des plus importants en offrant un moyen d'injection et d'aspiration toujours exact et régulier. Toutes les pompes et seringues à tous usages étant susceptibles de recevoir cette modification, M. Charrière se charge de les mettre dans les mêmes conditions que les nouvelles, au moyen du changement de piston.

(M. Thillaye, rapporteur.)

SÉANCE DU 26. — *Ophthalmie belge.* — M. Bouvier lit au nom de MM. Sanson, Renoult, Gérardin, et au sien propre, un long rapport sur un travail de M. le docteur Caffe, relatif à l'ophthalmie purulente qui règne parmi les soldats belges depuis 1814. Ce médecin s'est rendu sur les lieux même de ce fléau et l'a étudié avec soin; il s'est éclairé en même temps des lumières des plus habiles médecins de la Belgique et de la Hollande. M. Caffe décrit soigneusement toutes les variétés de la maladie, et s'attache à prouver qu'elle est contagieuse. Les documents sur lesquels il s'est appuyé paraissent incontestables. Il passe ensuite à la recherche des moyens propres à prévenir l'extension de la contagion dans les armées, et c'est là la partie la plus importante du travail de M. Caffe. Ces moyens roulent principalement sur le principe de l'isolement des malades.

La commission se plaît à déclarer à M. le ministre que les recherches de M. le docteur Caffe, sur la maladie des troupes belges, méritent des encouragements.

M. Velpeau partage les opinions de M. Caffe et de M. le rapporteur sur l'affection en question; mais il ne trouve pas que le traitement ait été suffisamment éclairci. Il entretient l'Académie des bons effets qu'on retire journellement de l'usage du nitrate d'argent dans le traitement de

toutes les ophthalmies purulentes, surtout lorsqu'on l'administre à la dose d'un demi-gros par once d'eau.

M. Baron dit que depuis douze à treize ans on se sert du nitrate d'argent à haute dose, à l'hôpital des Enfants-Trouvés, contre les ophthalmies en question, et qu'il réussit presque toujours. La dose qu'on emploie communément est d'un gros par once d'eau.

M. Gerdy ne trouve pas que le nitrate d'argent mérite les éloges qu'on lui prodigue dans le traitement des ophthalmies. Ayant fait lui-même des expériences à sa clinique, il a vu ce moyen échouer très-souvent, tandis que les remèdes antiphlogistiques ordinaires (sangsues, purgatifs) donnaient des résultats plus satisfaisants.

M. Chervin : En 1818, étant à la Jamaïque, je visitai l'hôpital du 58e régiment; une petite partie du local était affectée aux militaires atteints d'ophthalmie qu'on disait égyptienne. M. le docteur Bancrof, médecin en chef de la garnison, qui m'accompagnait, insista beaucoup pour me prouver que cette maladie leur était venue d'Égypte, et qu'elle se transmettait par contagion; il appuyait son opinion sur ce qu'on voyait cette maladie dans certains régiments, qu'elle était confinée à certaines compagnies de ces mêmes régiments, et même à des chambrées. Il pensait que l'affection se transmettait par l'usage commun des mêmes objets de toilette, tels qu'essuie-mains, torchons, etc.

J'ai exprimé à ce médecin mon étonnement en lui disant que nous avions eu en Égypte beaucoup de militaires atteints de l'ophthalmie, et que le mal ne s'était point propagé parmi nos troupes en France. Trois mois environ après, me trouvant avec M. le docteur Bancrof, je m'informai de l'état sanitaire de la garnison; parmi les différentes classes de malades qu'il me cita, se trouvaient les individus atteints d'ophthalmie présumée égyptienne. Je lui exprimai

de nouveau mon étonnement au sujet de l'origine de cette maladie. Alors M. Bancrof me dit qu'ils avaient découvert dans la poche d'un soldat un papier caché avec soin, dans lequel était une recette indiquant les moyens propres à provoquer l'ophthalmie, et que ces moyens consistaient dans quelque oxide de cuivre; et sur le revers de ce même papier se trouvait l'indication des moyens propres à combattre l'altération de la vue, une fois que les sujets avaient obtenu leur réforme. Du reste, Messieurs, en vous exposant ce fait, mon intention n'est point d'appuyer ni de combattre l'idée de la contagion.

M. Baron déclare que d'après ses propres observations l'ophthalmie purulente est contagieuse, et que c'est à tort que M. Chervin vient d'avancer une opinion contraire.

M. Chervin : Notre honorable collègue m'a sans doute mal compris; car j'ai dit, en citant le fait que j'ai rapporté, que mon intention n'était point de prendre part en aucune manière dans la question de la contagion de l'ophthalmie purulente; car j'ai pour principe de ne pas avancer d'opinion formelle dans des questions que je n'ai pas suffisamment approfondies.

M. Villeneuve a souvent traité des enfants nouveau-nés atteints d'ophthalmie purulente; il n'a employé d'autres moyens que des sangsues et des lotions émollientes, et il s'en est parfaitement bien trouvé.

M. P. Dubois est partisan des lotions de nitrate d'argent chez les enfants; depuis cinq ans, il en a traité un très-grand nombre à sa clinique avec un succès constant à l'aide de ce moyen.

M. Moreau invoque sa longue expérience en faveur des remèdes antiphlogistiques ordinaires. En ville, il a traité, depuis vingt-cinq ans, un très-grand nombre d'enfants nouveau-nés atteints d'ophthalmie purulente; les sangsues et

les lotions émollientes lui ont constamment réussi. A l'hôpital des femmes en couches, la maladie est ordinairement plus grave ; il y a là effectivement des causes d'encombrement qui changent les conditions de la maladie : néanmoins, les moyens ci-dessus lui ont également réussi. Dernièrement, il a traité comparativement des enfants qui se trouvaient dans des conditions à peu près identiques, les uns avec le nitrate d'argent, les autres avec les antiphlogistiques ; ces derniers ont guéri plus tôt que les autres.

M. Desportes ne croit pas à la contagion de l'ophthalmie des troupes belges ; il n'y voit que les conditions d'une affection endémique.

M. Rochoux admet la contagion médiate (par l'air) d'après les faits cités par M. P. Dubois.

M. Larrey nie complétement la contagion médiate. Il voudrait qu'on supprimât du rapport les expressions relatives aux mesures présumées nécessaires dans les armées pour prévenir la contagion, cela lui paraissant inutile d'une part, préjudiciable de l'autre à la tranquillité des soldats.

M. Baudelocque ne veut pas se prononcer sur la question de la contagion chez les enfants; mais il croit devoir rapporter un fait important qu'il a observé dans son service à l'hôpital des Enfants. Une petite fille entre trois fois à l'hôpital, à des époques différentes, pour être traitée de l'ophthalmie purulente. A chaque entrée, elle a donné la maladie d'abord à ses voisins, ensuite à tous les malades de la salle. Le même phénomène s'étant reproduit à trois fois différentes, dans des époques où aucune autre ophthalmie n'existait dans les salles, constitue un fait qui dépose en faveur de la contagion.

Quant au traitement de la maladie, M. Baudelocque s'est toujours fort bien trouvé des mercuriaux à l'intérieur, con-

tinués jusqu'à la salivation ; ce moyen lui a souvent mieux réussi que les collyres de nitrate d'argent. En ville, la maladie est toujours moins grave que dans les hôpitaux ; dans les hôpitaux, l'encombrement rend le mal épidémique, et la dissémination des enfants devient indispensable ; sans cette condition, les mêmes remèdes restent sans aucune action.

M. Gimelle a souvent observé l'ophthalmie purulente chez les vieux militaires, et ne l'a jamais trouvée contagieuse.

M. Bouvier résume la discussion, et répond aux objections précédentes.

Le rapport et les conclusions sont mis aux voix et adoptés.

Extirpation d'une corne sur le front d'une vieille femme. — M. Souberbielle présente une production cornée très-remarquable qu'il a extirpée sur le front d'une vieille femme. Cette excroissance anormale offre une longueur de quatre à cinq pouces ; son volume, sa forme et sa couleur lui donnent le véritable aspect d'une corne de bélier ; sa substance est un peu flexible, et offre une odeur particulière : son intérieur est plein. L'Académie a vu avec intérêt cette pièce curieuse, et a écouté avec plaisir les détails qui ont été donnés par M. Souberbielle sur ce cas extraordinaire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Phlegmatia alba dolens.— Traitement des fièvres intermittentes. — Kystes hydatiques. — Percussion de la poitrine dans le seizième siècle.

Une observation de phlébite communiquée à la Société par M. Prus, et insérée dans la *Revue médicale* (octobre 1839, page 142), donne lieu à la discussion suivante :

M. Duparcque : Il ne faudrait pas conclure du fait rapporté par M. Prus, et d'un assez grand nombre de faits analogues recueillis depuis quelques années, que l'œdème est toujours dû à une maladie des veines. Ne voit-on pas l'œdème survenir à la suite du cancer, quoique rien, ni pendant la maladie, ni après la mort, n'annonce l'interruption ou même la gêne du cours du sang dans les veines ?

M. Roche : Je me suis toujours servi avec succès de la recherche de l'état des veines superficielles pour m'éclairer sur les causes de l'œdème. Quand celui-ci est dû à l'oblitération de la veine principale d'un membre, les veines superficielles sont ordinairement dilatées. Ce signe manque dans le *phlegmatia alba dolens*, ce qui semble prouver que dans cette maladie le système lymphatique est plus malade que le système veineux.

M. Nonat : J'ai vu beaucoup d'œdèmes à l'Hôtel-Dieu, et, dans plusieurs cas, j'ai pu vérifier l'exactitude de la remarque de M. Roche. J'ai constaté, toutefois, que, dans les œdèmes chroniques, ce signe n'existait ordinairement qu'au commencement de la maladie. Je me rappelle avoir donné des soins à un malade qui avait contracté une fièvre intermittente à Alger, et qui, à son retour en France, en a ressenti plusieurs atteintes, et cela par suite de l'insuffisance du traitement qui lui avait été administré. Ce militaire entra au Val-de-Grâce pour un phlegmon dans la fosse iliaque gauche. Quand j'eus occasion de le voir, l'un des membres était le siége d'un œdème considérable, sans que les veines superficielles fussent apparentes. Le malade, réduit à un état cachectique des plus prononcés, fut pris de diarrhée et succomba. On trouva à l'autopsie dans le membre œdématié une oblitération de la veine poplitée, de la veine crurale et d'une partie de l'iliaque externe. Un foyer purulent existait au niveau du psoas.

Disons en finissant, ajoute M. Nonat, que, malgré les lumières fournies par l'étude des maladies veineuses, il n'est pas toujours facile de distinguer un œdème dû à l'oblitération d'une veine de celui qui résulte d'un engorgement lymphatique. Dans ce dernier cas, toutefois, l'œdème est plus mobile. Il est à peu près fixe, au contraire, quand il est lié à une oblitération veineuse.

M. Prus : M. Nonat vient de nous parler d'un soldat qui, n'ayant pas été traité convenablement d'une fièvre intermittente contractée à Alger, a vu les accès se renouveler en France. Je demanderai à notre collègue s'il n'est pas à sa connaissance que des fièvres d'accès traitées avec énergie et succès aient reparu, souvent même après des intervalles assez longs. Je lui citerai, à cette occasion, une famille à laquelle je donne des soins, et dont trois membres contractèrent en Berry des fièvres intermittentes qui cédèrent à un traitement et à un régime convenables continués long-temps encore après la cessation des accès. Chez ces trois personnes, la fièvre intermittente a reparu à plusieurs reprises, et n'a entièrement cessé que près d'un an après les premiers accidents.

M. Roche : C'est une erreur de croire que l'éloignement du lieu où l'on a contracté la fièvre suffit pour en éviter le retour, même quand cette fièvre a été convenablement traitée. Je donne, en ce moment, des soins à un officier de l'armée d'Afrique qui, éloigné de l'Algérie depuis plus de six mois, a encore eu un accès, il y a quinze jours.

M. Duparcque a vu plusieurs cas analogues.

M. Nonat : Depuis plus de deux ans, je m'occupe d'un travail sur les fièvres d'accès. J'ai déjà recueilli un grand nombre d'observations, dont la plupart ont été prises dans le service de M. Bailly qui, comme on le sait, a, un des premiers, employé le sulfate de quinine à haute dose. Le

point capital dans le traitement des fièvres d'accès, c'est de proportionner la dose du sulfate de quinine et la durée du traitement au volume et à la persistance de l'engorgement de la rate. La dose que je prescris ordinairement varie entre 18 et 24 grains. Mais, si je reconnais un engorgement considérable de la rate, j'élève cette dose à 36 et même 40 grains par jour. Je continue jusqu'à ce que la rate ait repris son volume ordinaire. Parmi les malades venus d'Alger que j'ai eu à traiter, un surtout présentait une rate énorme. Il avait été traité à Tours par M. Bretonneau, qui lui avait administré le sulfate de quinine à petite dose. A Blois, le même médicament lui avait été donné à dose plus élevée. Malgré ces traitements, la maladie se renouvelait sans cesse. Il fut reçu à l'hôpital de la Pitié, et là il prit du sulfate de quinine à la dose de quarante grains pendant 15 jours. Après ce laps de temps, la rate était revenue sur elle-même et n'avait plus que son volume normal. Le malade est sorti parfaitement guéri.

M. Bourgeois : Quels sont les phénomènes que M. Nonat a vus résulter de l'administration du sulfate de quinine à haute dose?

M. Nonat : J'ai remarqué que si l'on continue l'administration du sulfate de quinine après la guérison, il survient des vertiges, de l'assoupissement.

M. Bourgeois : J'ai eu aussi occasion d'observer ces accidents auxquels se joignaient des tintements d'oreilles, et même de la surdité.

M. Delens : Il n'est pas nécessaire de porter le sulfate de quinine à une dose excessive, pour que les phénomènes dont on parle soient produits. J'ai donné des soins à une dame qui avait contracté une fièvre intermittente, en Auvergne, et qui ne pouvait pas prendre de huit à dix grains de sulfate de quinine sans éprouver de la céphalalgie, des

vertiges, etc. Dans ce cas, ces accidents doivent être rapportés à l'idiosyncrasie de la malade.

M. A. Devergie demande à M. Nonat s'il a eu occasion de suivre plusieurs des malades sortis de l'hôpital, et qu'il a regardés comme guéris.

M. Nonat : Je compte plusieurs clients parmi les malades que j'ai traités de fièvres intermittentes rebelles par le sulfate de quinine à haute dose. Chez ceux-ci comme chez les malades traités à l'hôpital, je n'ai pas vu de récidive quand la rate a eu repris ses conditions normales.

M. A. Bérard présente une pièce d'anatomie pathologique. C'est une vaste hydatide solitaire qui provient d'une mamelle que l'on avait crue cancéreuse.

M. Jacquemin demande à M. Bérard à quels caractères il distingue la poche qu'il présente d'avec les kystes séreux ordinaires.

M. Bérard répond qu'un kyste séreux est adhérent aux parties qui l'entourent, mais que le kyste hydatique, au contraire, est libre d'adhérences ; et c'est ce qui avait lieu ici, puisque la poche s'est échappée spontanément de l'enveloppe fibreuse qui la contenait, aussitôt que le bistouri lui eût ouvert une issue.

A propos de l'observation de M. Bérard, plusieurs membres citent des faits plus ou moins analogues. *M. Mérat* a vu, à la clinique de Corvisart, une femme qui rendait par l'anus des hydatides provenant du foie, ce qui fut prouvé par l'autopsie. *M. Chailly* a rencontré trois hydatides, dont une de la grosseur d'un œuf de poule, dans le foie d'un garçon de 14 à 15 ans, qui mourut subitement après avoir été poursuivi par un garde-chasse. Enfin, *M. Duval* rappelle ce fameux accouchement de 365 enfants, qui n'étaient autre chose que 365 hydatides utérines rendues avec douleurs expultrices, par une femme qu'on avait crue enceinte.

M. Montault fait une communication relative à l'exploration de la poitrine par la percussion.

Il revendique l'invention de ce procédé en faveur de *Tagault* qui a écrit en 1580, et qui dit, en propres termes, que quand on frappe la poitrine pleine d'air, elle résonne comme un tambour, tandis que quand elle contient de l'eau, elle rend alors un son beaucoup moins fort. Il semble aussi qu'il ait désigné le frémissement cataire; car, à propos de l'anévrisme variqueux, il dit qu'en appliquant la main sur la partie malade, on sent un frémissement particulier. Ainsi, ce ne serait pas à Avenbrugger, qui, comme on sait, écrivait en 1763, qu'appartiendrait l'invention de la percussion, pas plus que la découverte du frémissement cataire n'appartiendrait à Corvisart.

M. Montault annonce ensuite que *M. Piorry* est parvenu, à l'aide de son plessimètre, à mesurer l'aorte pectorale, depuis l'origine de la crosse jusqu'à l'endroit où elle s'enfonce dans le médiastin postérieur. M. Piorry a, d'ailleurs, trouvé dans une expérience physique l'explication du fait. Le son rendu par un corps percuté est en raison directe de l'épaisseur de la couche d'air sous-jacente. Percutez sur le plessimètre à quelques pouces d'un plan solide et mat, le son obtenu sera bien moindre que si vous percutez au milieu de l'appartement, au milieu d'une grande masse d'air. Eh bien, les poumons jouent le rôle de la couche d'air, relativement aux organes qui sont en rapport avec eux. Plus l'épaisseur de leur masse sera grande au-devant de l'aorte, plus le son obtenu par la percussion plessimétrique sera intense; *et vice versa*, moins cette épaisseur sera considérable, moins le son produit sera prononcé.

M. Duval: Puisqu'il s'agit ici de revendiquer des priorités de découvertes et d'inventions, je dois dire que Roger, médecin de Montpellier, avait parlé bien avant Laënnec du

bruit des artères, ainsi qu'on peut le voir à la page 7 du *Specimen de perpetuâ fibrarum musculorum palpitatione*, publié à Gœttingue en 1760.

M. Bérard : Je serais pour mon compte très-satisfait que *Tagault* ait fait la découverte que M. Montault lui attribue, relativement au frémissement perceptible au toucher dans l'anévrisme variqueux, puisque Tagault était un de mes compatriotes (Angevin). Mais, malheureusement, la connaissance de cette lésion ne remonte pas au-delà du siècle dernier. Avant Hunter et Gualtain, aucun auteur n'en avait encore fourni une description exacte. Comment *Tagault* eût-il pu mentionner l'anévrisme variqueux en 1580?

M. Montault : Si *Tagault* ne désigne pas positivement par son nom l'anévrisme variqueux, il l'indique du moins aussi nettement que possible ; car il parle d'une veine ouverte en communication avec une artère.

M. Nonat : Je ne puis pas admettre que *Tagault* soit considéré comme l'inventeur de la percussion. Que signifient quelques mots émis vaguement dans le cours d'une description, en comparaison de recherches directes, dont le but déterminé est d'attirer l'attention sur un fait qui doit ouvrir une voie nouvelle à l'observation? L'honneur d'une découverte n'appartient pas à celui qui le premier a entrevu l'idée qui devait lui donner naissance; il appartient à celui qui a su féconder cette idée. S'il en était autrement, Hippocrate serait l'inventeur de l'auscultation.

M. Montault fait remarquer que *Tagault* parle des résultats de la percussion du thorax, comme si, de son temps, c'eût été un moyen usuel.

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Traité de la folie des animaux et de ses rapports avec celle de l'homme et les législations actuelles; par Pierquin, D.-M. 2 vol. in-8°. Paris, 1839. Chez Béchet jeune, libraire de la Faculté de médecine de Paris, etc.

La folie présuppose l'existence de la raison, puisqu'elle en est l'aberration ; elle appartient donc aux êtres raisonnables ; c'est le triste apanage de l'humanité. Mais les brutes, quoique dépourvues du plus parfait caractère de l'intelligence, ne sont cependant point privées de toute faculté d'apprendre, et la plupart d'entre elles manifestent souvent des instincts merveilleux. Est-ce à dire que ces dons éclatants de la suprême sagesse ne puissent pas subir aussi des altérations correspondantes à celles de nos folies ou de nos délires ? L'organisation de l'appareil nerveux et encéphalique des animaux n'est-elle pas exposée aux mêmes dérangements, sous l'influence de causes analogues ? Ne saurait-on les assimiler aux nôtres ? Tel est le but du travail de M. le docteur Pierquin.

Assurément cette question intéresse le philosophe non moins que le médecin et le naturaliste ; de plus, elle concerne surtout l'art vétérinaire, parce que l'auteur s'attache de préférence aux animaux domestiques qu'on peut le mieux étudier, et qui participent aussi davantage de nos misères morales avec les bienfaits de l'éducation et de la société humaine. M. Pierquin s'est presque exclusivement borné à l'examen des mammifères et des oiseaux, c'est-à-dire des classes supérieures. Comme ces classes possèdent des facultés plus étendues, elles sont aussi les plus assujetties à leurs déviations, tandis que le simple instinct des classes inférieures demeure inaltérable, suivant les preuves multipliées que nous avons données dans notre *Histoire des mœurs et de l'instinct des animaux*.

Après des considérations générales sur l'*idéogénie pathologique*

ou la *môrœgraphie* (ce qui veut dire description de la folie), l'auteur établit que partout où l'intelligence existe, même graduellement affaiblie, en descendant l'échelle de l'animalité, là se trouve la possibilité de ses aberrations ou la folie. Selon cette application générale du mot, il n'est pas douteux que les brutes ne puissent s'écarter plus ou moins de leur sens naturel, qu'elles n'aient des passions, telles que la colère, l'amour, la crainte, ou l'exaltation de la rage, etc. Ces faits ont été connus de toute antiquité, ainsi que les songes des animaux, leur délire, causé par diverses substances narcotiques enivrantes, leurs fureurs érotiques ou leur imbecillité en certains états, etc. M. Pierquin n'a donc nulle peine à démontrer chez les bêtes une sorte d'esprit qui est sujet, comme le nôtre, à des aberrations. Il en rapporte des exemples nombreux plus ou moins constatés ; il serait à désirer que tous fussent également authentiques, car il en cite parfois d'incroyables (t. I, p. 197 à 205). Certes, les animaux ont des organes plus ou moins parfaits que ceux de l'homme, plusieurs sentent même des choses qui nous échappent (comme des odeurs) : cependant l'énergie ou l'intelligence de leurs sens diffère en diverses familles. Leurs folies reconnaissent aussi pour siége, non toujours la lésion de l'encéphale, mais encore le tube intestinal, le foie, les organes génitaux, etc., comme dans l'espèce humaine.

Une question soulevée par l'auteur nous paraît mériter ici une attention particulière. Loin d'être soumise despotiquement au physique, dit M. Pierquin, une intelligence robuste et saine n'en est que faiblement influencée, tandis qu'il en est bien autrement de l'action du moral sur l'organisme : il développe à l'appui de ce sentiment des observations de maladies physiques, de paralysies, de mutisme, congéniales et autres, guéries par la volonté et la force mentale. Selon lui, l'organisation révèle l'intelligence, mais ne la produit pas. Les animaux, étant plus bornés que nous dans leur intellect ou plus voisins de l'idiotie absolue ou partielle, devraient être plus sujets à la folie, à cause de la faiblesse de leur volonté contre leurs passions et leurs appétits. Toutefois, cette même simplicité intellectuelle fait qu'ils éprouvent moins de dérangements moraux, comme on voit également la folie plus rare chez l'homme sauvage que dans notre état de civilisation.

Nous ne croyons point, avec M. Pierquin, qu'on doive ranger au nombre des folies de divers degrés tous les accidents intellectuels, rêves ou songes, cauchemars, etc., de l'homme et des animaux endormis, ni l'entêtement du mulet ou la *nolonté* de l'âne, pour parler comme Wolff, ni les accès de rage dans le chien ou le loup, ni la voracité du tigre, de la panthère, ou du requin, du loup marin (*anarhichas lupus*) et autres poissons, ni la lubricité du singe, etc., à moins d'abuser des termes. Il existe des besoins, plus ou moins impérieux, dérivant de la structure des organes ; ainsi, l'animal est constitué pour remplir une fonction déterminée, comme les carnivores, dans la république universelle des créatures ; mais il n'en résulte point que ces propensions soient simplement des aberrations du moral. Il serait aujourd'hui difficile de démontrer aussi que le *contagium* de la rage, communicable par la salive ou les morsures, n'est, chez les brutes, qu'un résultat de l'imagination lésée, comme le pensait, entre autres, Bosquillon, et comme le soutient M. Pierquin. La spontanéité de l'hydrophobie n'est pas toujours due à une cause mentale, et n'a jamais lieu chez les herbivores, etc. L'auteur a tant de confiance dans les pouvoirs de l'imagination maternelle sur le fœtus qu'il l'admet jusque parmi les ovipares, dont les œufs n'adhèrent par aucun placenta, comme on sait, ni ne communiquent avec la mère après être séparés de l'ovaire.

Ayant considéré les symptômes généraux de la folie et des passions chez les brutes, M. Pierquin s'occupe ensuite des hallucinations mentales et sensoriales, puis de la mélancolie érotique, de la philopœmanie ou amour des petits, de l'œstromanie (satyriasis, nymphomanie) qu'il attribue à des lésions intellectuelles chez les animaux mêmes, et des monomanies nostalgique, ambitieuse, voleuse, etc. (Cette dernière est la klopémanie selon M. Mathey.)

Dans le second volume, il est question de la démonomanie et panophobie, de la tigridomanie ou cruauté insatiable, de la monomanie infanticide (lorsque les animaux tuent leur progéniture), du suicide des animaux et de la crainte de la mort ou nécrophobie. L'auteur poursuit ses recherches sur les idioties et démences, celles qu'il appelle *guillemotisme*, du nom de *colymbus trale* (oiseau stupide ou niais), celles dues au tournis, etc. Il étudie ensuite

les maladies intellectuelles du sommeil et de la folie artificielle ou vésanie, déterminées par divers narcotiques. Ce sujet clot l'ouvrage par un essai sur l'art de produire, par des poisons, à volonté, ces folies, après l'examen de la morœgraphie comparée de l'homme et des animaux.

Sans contredit, un travail sur ces divers objets ne peut rester oublié ni indifférent pour l'étude de l'aliénation mentale : nous sommes donc très-porté à lui accorder tous les éloges qu'il mérite ; mais il faut faire aussi une part à la critique. Le premier sujet de reproche et le plus grave est le défaut d'authenticité de plusieurs faits, car il en est même d'apocryphes, et d'autres qu'aucun esprit judicieux ne saurait accepter sans restriction. Certes, on peut prêter des vertus aux bêtes, et renchérir sur les qualités que leur concèdent Plutarque, Elien, Rorarius, Soldini, etc., pour faire honte à l'humanité ; on peut les orner de la plus haute intelligence, et dire, si l'on veut, qu'elles gardent un silence prudent de peur de compromettre cette bonne opinion de leur esprit ; mais il est difficile en même temps de réviser ce qui se passe dans leur intérieur. Pour que de légitimes analogies nous guident, il faut une connaissance plus approfondie de l'histoire naturelle et de la physiologie comparée que n'en manifeste l'auteur. Quand il affirme que le sexe féminin a plus d'intelligence et moins de propension à la folie que l'homme, ou que l'anatomie et la physiologie du nègre sont complètement identiques à celles de tous les hommes du globe, quand il établit des *maladies métaphysiques* auxquelles il ne faut pas chercher des causes physiques, etc., il doit être permis aussi de modifier ces assertions et bien d'autres plus singulières encore.

« Notre ouvrage peut être mal conçu, mal exécuté, mais son im-
» portance ne nous paraît point contestable. » Nous souscrivons à ce jugement de l'auteur lui-même, et nous ajouterons à sa louange que M. Pierquin établit de fort bonnes considérations sur la médecine vétérinaire, sur les maladies du cheval, du chien, de quelques singes, etc. Il prouve qu'on peut guérir plusieurs maladies mentales de ces animaux, soit aiguës, soit chroniques. Il rapproche habilement des similitudes d'actions de plusieurs venins ou poisons sur les fonctions cérébrales des brutes et sur celles de l'homme, pour

causer les délires, l'ivresse, les hallucinations maniaques, les effets de l'insolation; etc. Déjà M. Hurtrel d'Arboval, Peter, Ecker et d'autres savants vétérinaires avaient décrit des faits analogues, mais il était utile de les comparer aux affections propres à l'espèce humaine. M. Pierquin démontre aussi avec avantage que les traitements brutaux peuvent rendre fous et furieux nos animaux domestiques, tels que les chiens hargneux, les chevaux ombrageux ou panophobes, ou plonger dans l'imbecillité et l'idiotie divers animaux ; il prouve par des exemples opposés combien la douceur, les caresses calment ces caractères irrités. Nous nous plaisons donc à rendre justice à tout ce que le livre renferme d'observations utiles ou curieuses et de choses bien pensées, en reconnaissant toutefois que l'exécution laisse quelque chose à désirer.

J.-J. Virey.

Manuel de médecine opératoire fondée sur l'anatomie normale et l'anatomie pathologique; par J.-F. Malgaigne, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien du Bureau Central, etc. Troisième édition. — 1 fort vol. grand in-18, chez Germer-Baillière, libraire-éditeur, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Si nous recherchons la véritable cause de l'enfance si prolongée de la médecine opératoire chez les anciens, nous la trouvons sinon dans l'absence, au moins dans l'imperfection de leurs connaissances anatomiques.

La description que fait Celse des qualités nécessaires au médecin opérateur est excellente sans doute ; mais on y cherche en vain la plus essentielle des qualités qui doivent le distinguer, je veux dire cette connaissance exacte de la structure normale et pathologique des parties du corps humain, qui fait qu'en appliquant le tranchant d'un instrument sur une partie quelconque de la périphérie de notre corps, il puisse connaître par avance, d'une manière précise, toutes les parties que va diviser son instrument, comme s'il pouvait le suivre des yeux à travers les tissus.

Sans chercher à approfondir la question de savoir si le nom de

médecine opératoire, créé par Sabatier pour désigner cette partie de la chirurgie qui procède par l'œuvre de la main et l'application des instruments, doit être conservé dans le langage de la science, ou s'il conviendrait mieux de le remplacer par un autre, nous nous bornerons à constater qu'il n'est point, et ne doit point être considéré comme synonyme de *pathologie chirurgicale*, et que son domaine se renferme dans un cercle plus restreint.

En jetant un coup d'œil sur une époque encore toute voisine de nous, on y voit que, par un singulier contraste, l'impulsion si vive imprimée aux études anatomiques, tout en favorisant le perfectionnement et en développant le progrès de la médecine opératoire proprement dite, a imprimé une fausse direction à la pathologie chirurgicale, comme à la pathologie médicale. La chirurgie comme la médecine est devenue toute anatomique, c'est-à-dire qu'elle est restée trop étrangère à l'étude des actes vitaux, et que, par une conséquence nécessaire, elle a trop négligé l'étude des conditions générales et particulières qui assurent le succès des opérations ou du moins en rendent les chances plus certaines.

Cette distinction entre la pathologie chirurgicale et la médecine opératoire était importante à établir, en rendant compte de l'ouvrage de M. Malgaigne, qui l'a si bien comprise.

Les connaissances approfondies de l'auteur en anatomie rendent cette nouvelle édition de son livre utile, non seulement à la jeunesse studieuse qui apprend les préceptes de l'art qu'elle devra pratiquer un jour, mais encore à tout médecin opérateur ; les uns et les autres trouveront simplicité et clarté dans les préceptes et dans la description des procédés. Déjà d'autres auteurs recommandables, M. Velpeau entre autres, ont publié de savants traités sur ce sujet, depuis l'ouvrage de Sabatier. Sans embrasser un cadre aussi vaste que ses devanciers, M. Malgaigne a eu pour but d'écrire non un traité complet de médecine opératoire, ce travail était fait, mais un manuel de cet art qui pût tout à la fois offrir au lecteur, d'une manière succincte, l'appréciation des diverses méthodes applicables à une maladie, et la description claire et précise des procédés opératoires. Pour concilier en même temps l'abondance des matériaux et la brièveté dans le travail, l'auteur a laissé de côté la partie historique, et n'a parlé que très-brièvement du traitement consécutif.

Les deux grandes parties de la médecine opératoire que M. Malgaigne a traitées avec un soin tout particulier, ainsi qu'il le dit lui-même, sont l'anatomie chirurgicale et le manuel opératoire, et nous croyons que sous ce double rapport son livre est plus complet que les ouvrages qui l'ont précédé.

L'ordre et le plan adoptés dans les éditions précédentes de cet ouvrage n'ont nullement été changés dans cette nouvelle édition. Celle-ci a néanmoins sur ses aînées l'avantage d'avoir été revue et augmentée par l'auteur lui-même, et de n'être point demeurée étrangère aux progrès incessants de la médecine opératoire.

Le livre de M. Malgaigne est divisé en trois sections : la première traite des éléments généraux des opérations. L'auteur comprend sous ce titre les méthodes générales auxquelles on a recours pour diviser, emporter ou détruire les tissus vivants, par le fer, le feu, ou la ligature ; les moyens d'arrêter l'effusion du sang, et les procédés de réunion.

La seconde section embrasse la petite chirurgie : l'art du pédicure et celui du dentiste, les opérations qui intéressent seulement la peau et le tissu cellulaire, comme les abcès, les kystes, les tumeurs, l'autoplastie; les opérations qui se pratiquent sur les muscles et leurs dépendances, comme la ténotomie ; celles qui se pratiquent sur le système nerveux, artériel et veineux, ainsi que sur les os ; enfin les amputations.

La troisième section comprend les opérations spéciales qui se pratiquent sur les yeux, les oreilles, sur les appareils de l'olfaction et de la gustation, sur le cou, le thorax, l'abdomen, le rectum et l'anus, la vessie et l'urètre ; enfin les opérations qui se pratiquent sur les organes génito-urinaires de la femme.

A cette triple division adoptée par l'auteur, nous n'opposons aucune objection importante, quoiqu'il nous ait semblé qu'elle eût pu être un peu plus méthodique. Nous nous sommes demandé, par exemple, si les chapitres qui traitent de l'art du pédicure et de celui du dentiste n'auraient pas mieux figuré à la troisième section, dans le cadre des opérations spéciales, à côté de l'art de l'oculiste ?

D'un autre côté, nous eussions vu avec plaisir M. Malgaigne dé-

roger, dans cette troisième édition de son livre, à l'usage adopté en France de ne comprendre, dans un traité de médecine opératoire, ni l'application des bandages, ni la réduction des luxations et des fractures, ni l'orthopédie, qui, de nos jours, a fait de si belles conquêtes.

Au reste, M. Malgaigne a traité son sujet avec toute la conscience et tout le savoir qu'on était en droit d'attendre de lui ; il a parfaitement atteint le but qu'il avait signalé en prenant pour épigraphe : *sécurité*, *simplicité*, *célérité*.

Gustave Vignolo.

Traité pratique des accouchements, par F.-J. Moreau, professeur d'accouchements à la Faculté de médecine, etc., etc. — 2 vol. in-8°, atlas de 15 livraisons de 4 planches in-folio, lithographiées, avec texte explicatif. — L'atlas est complet.

Lorsque nous rendîmes compte de l'ouvrage de M. Moreau, il y a tout à l'heure deux ans (*Revue*, *avril* 1838, pag. 155), la première partie du premier volume avait paru avec les 6 premières livraisons de l'atlas. Celui-ci est terminé, et compte 15 livraisons au lieu de 12 qui nous étaient promises. Nous avons fait l'éloge des premières ; celles qui les ont suivies ne leur cèdent en rien pour l'intérêt des objets représentés, et la perfection de l'exécution. Un vice de conformation de l'utérus et du vagin, des œufs humains abortifs expulsés dans les premiers temps et avant le troisième mois de la gestation, la disposition du fœtus et de ses annexes dans la matrice, l'anatomie de son squelette et de son système vasculaire, les diverses positions de la tête, les rapports de cette partie avec le détroit abdominal dans les quatre positions directes et obliques, le mécanisme de l'accouchement naturel dans les principales positions de la tête, des fesses, des genoux et des pieds, l'accouchement artificiel et les divers temps de la version dans les présentations du sommet des épaules et des bras, les diverses applications du forceps et les instruments qui servent dans la pratique des accouchements, tels sont les objets principaux reproduits dans les neuf dernières livraisons des planches. Si cette partie de l'ouvrage a marché, et est ar-

rivée à sa terminaison, le texte n'a pas fait un pas. Pas une ligne n'a été ajoutée à ce qui a paru au commencement de 1838. Nous en exprimons d'autant plus vivement nos regrets, que nous ne saurions dire à nos lecteurs quand leur attente et la nôtre seront remplies. Ne devrions-nous donc voir terminé du traité de M. Moreau que ce qu'il est obligé de confier à des mains étrangères? Nous espérons que le zèle de ses collaborateurs stimulera le sien, et qu'il se hâtera de parfaire une œuvre qu'il a si bien commencée. Nous lui rappellerons pourtant le reproche que nous lui adressions lors de la publication de la première partie, sur le défaut d'harmonie qui existait entre le texte et l'atlas, sous le rapport de la beauté du papier et de l'exécution typographique. Si notre reproche le touche, nous n'aurons peut-être pas perdu pour attendre.

CORBY.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Aphorismes de physiologie végétale et de botanique, suivis du tableau des alliances des plantes et de l'analyse artificielle des ordres; par John Lindley, professeur de botanique à l'université de Londres, à l'Institution royale de la Grande-Bretagne, etc. Traduits de l'anglais et précédés d'une introduction par P.-A. Cap, pharmacien, membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris, etc. Un vol. in-8°. Prix : 1 fr. 50 c. Chez Louis Colas, libraire, rue Dauphine, 32, à Paris.

Illustrations of Midwifery, a complete atlas and companion to all obstetric works; by M. Ryan, M.-D., professor of medicine, clinical medicino and obstetricy ni the North London School of medicine, etc., etc. P. 1. London, 1839.

Formulaire de poche à l'usage des praticiens, ou Recueil des formules les plus usitées dans la pratique médicale, avec l'indication des doses exprimées en poids décimaux et en poids anciens; septième édition, refondue sur un plan entièrement neuf et contenant : 1° le tableau général des eaux minérales; 2° celui des contrepoisons; 3° les secours à donner aux asphyxiés et aux noyés. Par M. Richard, docteur en médecine, membre de l'Académie royale de médecine, et professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-32, imprimé sur jésus vélin, prix 3 fr. et 3 fr. 50 c. franc de port.

A Paris, chez Béchet jeune et Labé, libraires de la Faculté de médecine, 4, place de l'École-de-Médecine.

Traité du système nerveux dans l'état actuel de la science; par le docteur J.-B. Sarlandière, chevalier de la Légion-d'Honneur et du Mérite de Prusse, membre de plusieurs sociétés savantes, etc.

Un vol. in-8° de 600 pages avec 6 planches, prix 9 fr.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, 17, rue de l'École-de-Médecine.

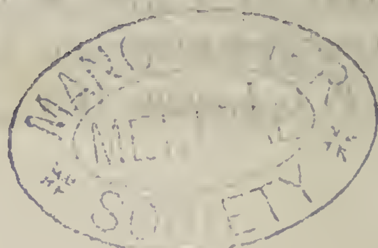
Traité de physiologie comparée de l'homme et des animaux; par Ant. Dugès, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, membre correspondant de l'Académie royale des sciences de Paris et de celle de Berlin; de l'Académie royale de médecine, etc. Avec planches lithographiées.— Tome III.

A Montpellier, chez Louis Castel, libraire-éditeur.

A Paris, chez Crochard et Comp.,
J.-B. Baillière,
G. Baillière,
Béchet jeune.

A Strasbourg, Levrault

A Lyon, Savy.



TABLES.

1839. TOME IV.

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES.

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

Des maladies les plus communes dans la ville de Londres pendant le 18e siècle, d'après les bills de mortalité, et des changements qui se sont opérés dans la salubrité comparée des saisons; par M. Bureaud-Rioffrey, 5.

Recherches sur la morve aiguë; par MM. Nonat et Boulay; rapport fait à la Société de médecine de Paris, sur ce travail, par M. Deville, 19.

Rétrécissements urétraux; considérations thérapeutiques sur les différents modes de traitement du docteur Guillon; par M. Corbel-Lagneau. 36.

De l'emploi des facultés sensitives et intellectuelles, considéré comme cause et moyen curatif de la migraine idiopathique; par M. le docteur Lagasquie, 161.

Observations pratiques sur les bons effets du massage, de la gymnastique et des bains de vapeur, dans le traitement des maladies articulaires chroniques; par M. Séguin (d'Alby), 190.

Note sur la stérilité et l'amaurose chlorotiques; par M. Blaud, 200.

Du siége, de la nature et du traitement de la chlorose; par P. Jolly, 305.

Constitution fébrile régnante pendant l'été de 1839, dans la commune de Sion et des environs (Loire-Inférieure); par M. P. Chauvin, 348.

Quelques réflexions sur les bons effets de l'hygiène dans le traitement des maladies; suivies de deux observations qui constatent son influence salutaire; par M. Ronzel père, 358.

Considérations sur l'inflammation et sur le traitement de l'empoisonnement par les préparations arsénicales; par M. Riche, 374.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

Analyses d'ouvrages. De l'irritation et de la folie; par F.-J.-V. Broussais (Analyse par M. Virey), 63.

—Profession de foi de M. Broussais, 71.

—Quelques réflexions sur la profession de foi de M. Broussais; par le docteur Cerise, 75.

—Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal; par E. Esquirol (Analyse par M. Séguin d'Alby), 206.

— Traité de philosophie médicale, ou Exposition des vérités fondamentales de la médecine: par E. Aubert. (Analyse par M. V....), 215.
—De la peste orientale, etc.; par A.-F. Bulard. (Analyse par A. Lagasquie), 221.
— Aphorismes de physiologie végétale et de botanique, par John Lindley. (Analyse par Brachet (de Lyon), 375.
Revue analytique et critique des journaux de médecine français. (*Octobre.*) Influence des préparations mercurielles dans l'inoculation. — Caractères essentiels de la fièvre jaune. — Lettre à M. Bretonneau sur la thérapeutique. — Observations et remarques sur le mérycisme, 86.
(*Novembre.*) Épidémie de suette miliaire.—Lettre sur les moyens d'éteindre la petite vérole en France.— Épilepsie guérie par la brûlure et par l'amputation. — Ablation totale d'une partie d'un doigt. — Blessure de l'artère; anévrisme faux consécutif.— Maladies de l'Arabie. — Acides employés contre la rage.— Morsure de vipère traitée par l'euphorbe. — Rétention urinaire guérie par le seigle ergoté.— Affections calculeuses.— Empoisonnement par l'acide prussique, etc., 228.
(*Décembre.*) Diabète sucré. — Huile de morue dans le traitement des maladies scrofuleuses. — Sublimé corrosif en poudre contre les ulcères de mauvaise nature — État du sang dans l'entérite folliculeuse. — Fragmentation spontanée des calculs dans la vessie.—Hémicrânie droite et névralgie faciale. — Champignons vénéneux. — Empoisonnement par le tabac. — Solution iodurée. — Taches de sperme.— Empoisonnement par huit gros de nitrate d'argent, 240.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

Revue des journaux de médecine italiens. Abcès situé entre le larynx et l'œsophage, ouverture par l'instrument tranchant. — Abcès du foie, ouverture par l'instrument tranchant.— Guérison d'un cas d'épilepsie par l'extirpation d'une tumeur cérébriforme. — Nouveaux effets de l'emploi de la belladone sur la réduction des hernies étranglées, etc., 94.
Revue des journaux de médecine allemands. Des animaux parasites. — Effets funestes de l'acétate de plomb employé à haute dose contre la phthisie pulmonaire, 246.
Revue des journaux de médecine anglais.—Hémorrhagie utérine avec issue de sang dans l'abdomen à travers la trompe de Fallope.— Compte rendu de l'hôpital des varioleux de Londres. — Du gonflement des amygdales avec déformation de la poitrine.— Emploi de l'emplâtre de belladone.— De l'asphyxie par la vapeur de charbon.—Asphyxie par le gaz hydrogène carboné.— Empoisonnement par l'acide hydrochlorique.—De la narcotine comme succédanée de la quinine, 404.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Institut de France. (*Septembre.*) Théorie du procédé Daguerre.— Du lait, de ses altérations et du colostrum.—Etiologie générale des déviations

latérales de l'épine par rétraction musculaire active, 110.
(*Octobre.*) Recherches sur la glande pituitaire. — Traitement des fistules vésico-vaginales, 252.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE. (*Septembre.*) Absence complète du vagin. — Epidémie de fièvre jaune. — Luxation congéniale du fémur. — Arsenic naturellement contenu dans le corps de l'homme. — Section de la portion sternale du muscle sterno-mastoïdien. — Ligature de l'artère crurale, 120.
(*Octobre.*) Anus contre nature. — Albuminurie, ou maladie de Bright. — Extirpation d'une tumeur encéphaloïde du testicule, pesant neuf livres. — Anévrisme faux de l'artère brachiale produit par la piqûre d'une saignée. — Application du métronome à l'exploration du pouls, etc., 255.
(*Novembre.*) Discussion sur la localisation de l'organe du langage. — Rétrécissements de l'urètre. — Nouveau système de pompes et seringues, par M. Charrière. — Enfant portant deux verges. — Ophthalmie belge. — Extirpation d'une corne sur le front d'une vieille femme, 420.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. (*Octobre.*) Traitement de la gale et du prurigo. — Lésion remarquable du cerveau par un coup de pistolet tiré dans l'oreille. — Etat des nerfs dans les déviations rachidiennes, etc., 132.
(*Novembre.*) Rapport de M. Camus sur un mémoire de M. Achille Flaubert, intitulé : *Quelques considérations sur le moment de l'opération de la hernie étranglée*, 273.
(*Décembre.*) Phlegmatia alba dolens. — Traitement des fièvres intermittentes. — Kystes hydatiques. — Percussion de la poitrine au seizième siècle, 440.

VARIÉTÉS.

(*Octobre.*) Réponse de l'administration des hospices à la commission médicale de 1838. — Tétanos guéri par une commotion électrique, 147.
(*Novembre.*) Séance solennelle de rentrée et distribution des prix à la Faculté de médecine de Paris. — Concours de pathologie interne à la Faculté, 284.
— Lettre du docteur Salvatore de Renzi sur sa pathologie générale, 289.
— Réponse de M. Cayol, 293.

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

RÉVEILLÉ-PARISE, Physiologie et hygiène des hommes livrés aux travaux de l'esprit, 152.
DEZEIMERIS, Dictionnaire historique de la médecine ancienne et moderne, 155.
SICARD, Mémoire sur l'emploi du coton en chirurgie, 157.
VELPEAU, Leçons orales de clinique faites à l'hôpital de la Charité, 297.
PIERQUIN, Traité de la folie des animaux, 447.
MALGAIGNE, Manuel de médecine opératoire, etc., 451.
MOREAU, Traité complet des accouchements, 454.
Bulletin bibliographique, 158, 303, 455.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES ET DES AUTEURS.

A.

Abcès situé entre l'œsophage et le larynx, 94.
— du foie, 96.
Ablation totale d'une partie d'un doigt, réunion, 233.
Acétate de plomb (Effets funestes de l') à haute dose contre la phthisie pulmonaire, 250.
Acides employés contre la rage, 240.
— prussique (Empoisonnement par l'), 243.
— hydrochlorique (Empoisonnement par l'), 416.
Affections calculeuses, 242.
Air (Introduction de l') dans les veines, 301.
Albuminurie ou maladie de Bright 265.
Amaurose chlorotique et stérilité, 200.
Amygdales (Gonflement des), 408.
Anus contre nature, 255, 302,
Anévrisme de l'artère fémorale, 107, 234.
— de l'artère brachiale, 267.
— de l'aorte, 270.
Animaux parasites, 246.
Aphorismes de physiologie végétale et de botanique, 375.
Arsenic naturellement contenu dans le corps de l'homme, 128.
Asphyxie par le charbon, 411.
— par le gaz hydrogène carboné, 414.
Aubert. Philosophie médicale, 215.
Avortement (Moyen préventif contre l'), 110.

B.

Belladone (Emploi de l'emplâtre de) contre les palpitations nerveuses, 410.
— (Effets de la) sur la réduction des hernies, 99.
Blaud. Stérilité et amaurose chlorotique, 200.
Bouley. Morve aiguë, 19.
Brachet. (Analyse.) 375.
Bright (Maladie de), 265.
Briquet. Influence des préparations mercurielles sur l'inoculation du vaccin, 86.
Broussais. De l'irritation et de la folie. (Analyse.) 61.
— (Profession de foi de), 71.
— (Réflexions sur la profession de foi de), 75.
Bureaud-Riofrey. Maladies qui ont été les plus communes à Londres pendant le 18e siècle, 6.

C.

Calculs (Fragmentation des) dans la vessie, 395.

Calculeuses (Affections), 242.
Camus. Rapport sur un mémoire de M. Flaubert de Rouen, 273.
Cap. Aphorismes de physiologie végétale et de botanique. 375.
Cataractes, 300.
Cayol. Réponse à la réclamation de M. le professeur de Renzi, 293.
Champignons vénéneux (Alimentation par les), 397.
Charbon (Asphyxie par le), 411.
Chauvin. Constitution fébrile, 348.
Chlorose (Siége, nature et traitement de la), 305.
Cerise. Profession de foi de Broussais, 71.
Cerveau (Lésion du) par un coup de pistolet, 135.
Civiale. Fragmentation spontanée des calculs dans la vessie, 395.
Colostrum, 113.
Constitution fébrile régnante pendant l'été de 1839, dans la commune de Sion (Loire-Inférieure), 348.
Concours de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris, 285.
Corbel - Lagneau. Rétrécissements urétraux, 36.
Coton (Emploi du) en chirurgie, 157.

D.

Daguerre (Théorie du procédé), 111.
Déviations latérales de l'épine (Étiologie des) par rétraction musculaire active, 117.
Deville. Rapport sur le travail de MM. Nonat et Bouley, sur la morve aiguë, 19.
Dezeimeris. Dictionnaire historique de la médecine ancienne et moderne. (Analyse.) 155.
Diabète sucré, 387.

E.

Électricité contre le tétanos, 108.
Empoisonnement par l'acide prussique, 243.
— par l'acide hydrochlorique, 416.
—par le suracétate de plomb, 244.
— par le nitrate d'argent, 402.
— par l'acide oxalique. 245.
— par l'acide arsénieux, 271.
— par les préparations arsénicales, 371.
— par le tabac, 398.
Encéphale (Fonctions de l'), 267.
Épilepsie (Guérison d'un cas d'), par l'extirpation d'une tumeur cérébriforme, 98.
— (Guérison d'un cas d'épil epsie par l'amputation d'un membre, à la suite d'une brûlure, 233.
Esquirol. Maladies mentales. (Analyse par M. Séguin.) 206.
Euphorbe contre la morsure de la vipère, 240.

F.

Fémur (Luxation congéniale du), 125.
Fièvre jaune (Caractères essentiels de la), 87.
— (Épidémie de), 121.
Fistules vésico-vaginales (Traitement des), 252.
Flaubert (A.). Hernie étranglée, 273.
Furnary (Solution iodurée du docteur), 399.

G.

Gale (Traitement de la) et du prurigo, 132.
Gauthier de Claubry (Nomination de M.) à l'Académie de médecine, 269.
Gintrac. Méryeisme, 91.
Glande pituitaire (Recherches sur la), 252.

Gonorrhée (Traitement de la), 301.
Grossesse compliquée de prolapsus et d'hydropisie de la matrice, 102.
Guérin (Jules). Déviations latérales de l'épine par rétraction musculaire, 117.

H.

Hemierânie droite guérie par la compression des carotides, 395.
Hémorrhagie utérine dont le sang s'est fait jour dans l'abdomen par la trompe de Fallope, 404.
Hernie étranglée (Considérations sur le moment de l'opération de la), 273.
Hôpital des varioleux de Londres, 405.
Huile de morue contre les maladies scrofuleuses, 390.
Hydrocèle, 299.
Hygiène (Bons effets de l') dans le traitement des maladies, 358.

I.

Inflammation, 371.
Introduction de l'air dans les veines, 301.
Irritation (De l') et de la folie, par Broussais. (Analyse) 61.
Ivresse (Traitement de l') par l'ammoniaque, 140.
— Causée par l'opium, 142.

J.

Jolly. Chlorose, 305.

L.

Lagasquie. Notice, 152.
— Facultés sensitives et intellectuelles comme moyen curatif de la migraine, 161.
— Analyse de l'ouvrage de Bulard-de-Méru, 221.
Lait (altération du), 113.
Langage (Localisation de l'organe du), 420
Leçons orales de clinique chirurgicale par le professeur Velpeau, 297.
Leroy d'Étiolles. Traitement des fistules vésico-vaginales, 252.
Ligatures des artères iliaques, externes et fémorales, 100, 107, 132, 234.
Lindley. Aphorismes de physiologie végétale et de botanique, 375.
Londres (Maladies les plus communes à) pendant le 18e siècle, 6.
Louis. Fièvre jaune, 87.
Luxation congéniale du fémur, 125.
Luxations, 300.
— du bras, 272.

M.

Maladies articulaires chroniques (Traitement des) par le massage, la gymnastique et les bains de vapeur, 190.
— Maladies de l'Arabie en général et plaie de l'Yemen en particulier, 235.
Maladies mentales, par M. Esquirol, 206.
Malgaigne. Médecine opératoire, 451.
Massage, gymnastique et bains de vapeur (Bons effets du), dans les maladies articulaires chroniques, 190.
Mercure (Influence des préparations de) sur l'inoculation du vaccin, 86.
Méryeisme, 91.
Métronome appliqué à l'exploration du pouls, 287.
Migraine idiopathique, 161.
Moreau. Traité pratique des accouchements, 454.
Morsure de vipère traitée par l'euphorbe, 240.
Morue (Huile de) contre les scrofules, 390.

Morve aiguë, 19.
Morve aiguë (Transmission par inoculation de la), 273.

N.

Narcotine succédanée de la quinine, 418.
Nerfs (États des) dans les déviations rachidiennes, 139.
Névralgie faciale guérie par la compression des carotides, 395.
Nitrate d'argent (Empoisonnement par 8 gros de), 402.
Nonat. Morve aiguë, 19.

O.

Ophthalmologie (Histoire et progrès de l'), 103, 299.

P.

Palpitations nerveuses (Emploi de la belladone), 414.
Parasites (Animaux), 246.
Pavillon. Leçons orales de clinique chirurgicale par M. le professeur Velpeau, 297.
Petit (A). Maladies de l'Arabie, 235.
Petite vérole (Moyen d'éteindre la) en France, 232.
Philosophie médicale (Traité de), par M. Aubert. (Analyse.) 215.
Phlébite suivie d'accidents graves, 142.
Pièces anatomiques en carton de M. Thibert, 270.
Pierquin. Folie des animaux, 447.
Pituitaire (Recherches sur la glande), 252.
Plaie de l'Yémen, 235.
Profession de foi de Broussais, 71.
— (Réflexions sur la), 75.
Prurigo (Traitement du) et de la gale. 132.
Prussique (Empoisonnement par l'acide), 243.

R.

Rage (Acides employés contre la), 240.
Réclamation de M. le professeur de Renzi, 288.
Reins (Altérations organiques des), 387.
Réponse de l'administration des hospices à la commission médicale, 147.
Rétention d'urine (Guérison de la) par le seigle ergoté, 241.
Rétrécissements urétraux, 36.
Réveillé-Parise. Physiologie et hygiène des hommes livrés aux travaux de l'esprit. (Notice.) 152.
Riche. Inflammation et empoisonnement par les préparations arsénicales, 374.
Ronzel. Bons effets de l'hygiène dans le traitement des maladies, 358.
Rozier. (Analyse.) 157.

S.

Sang (Recherches sur le) dans l'entérite folliculeuse, 394.
Séance de rentrée et distribution des prix à la Faculté de médecine, 284.
Section du sterno-mastoïdien, 131.
Séguin. Bons effets du massage, etc., dans les maladies articulaires chroniques, 190.
— Analyse de l'ouvrage de M. Esquirol, 206.
Seigle ergoté contre la rétention d'urine, 241.
Sicard. Emploi du coton en chirurgie, 157.
Solution iodurée du docteur Furnary, 399.
Sperme (Examen microscopique des taches de), 400.
Stérilité et amaurose chlorotiques, 200.

Sterno-mastoïdien (Section du), 131.
Sublimé corrosif contre les ulcères de mauvaise nature, 391.
Suette miliaire de Coulommiers, en juin 1839, 228.

T.

Tabac (Empoisonnement par le), 398.
Tétanos (Traitement du) par l'électricité, et guérison, 108, 147.
Thibert (Pièces anatomiques en carton de M.), 270.
Trousseau. Première lettre thérapeutique sur les vésicatoires, 88.
Tumeur encéphaloïde du testicule pesant 9 livres, 266.

U.

Urètre (Rétrécissements de l'), 36.

V.

Vagin (Absence complète du), 120.
Varices et Varicocèle, 300.
Varioleux (hôpital des) de Londres, 405.
Valter, de Berlin. Animaux parasites, 246.
Verger. (Analyse.) 215.
Vésicatoires (Première lettre de M. Trousseau sur les), 88.
Vignolo. Revue des journaux de médecine italiens, 94.
— Analyse des leçons orales de clinique chirurgicale de M. Velpeau, 297.
— Notice sur la médecine opératoire de Malgaigne, 451.
Vipère (Morsure de) traitée par l'euphorbe, 240.
Virey. Analyse du Traité de l'irritation et la folie, de Broussais, 61.
— Notice sur le Traité de la folie des animaux, de M. Pierquin, 447.

X.

Xérophthalmie, 301.

Y.

Yemen (Plaie de l'), 235.

FIN DES TABLES.

